

Les Erreurs de Diagnostic de la Grossesse Extra-utérine

(Travail du Service du Professeur LAFFONT)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 20 Mars 1935

PAR

GERMAINE STOTZEL

née à Valence (Drôme), le 24 Mai 1902

MEMBRES DU JURY :

MM. LAFFONT, Professeur de clinique obstétricale et puériculture du 1 ^{er} âge.....	<i>Président.</i>
PORTES, Professeur de physique médicale.....	} <i>Juges</i>
DUBOUCHER, Agrégé (Chirurgie).....	
MONTPELLIER, Agrégé (Anatomie pathologique).....	

Les Erreurs de Diagnostic de la Grossesse Extra-utérine

Errare humanum est...

(Travail du Service du Professeur LAFFONT)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 20 Mars 1935

PAR

GERMAINE STOTZEL

née à Valence (Drôme), le 24 Mai 1906

MEMBRES DU JURY :

MM. LAFFONT, Professeur de clinique obstétricale et périculture du 1 ^{er} âge.....	<i>Président.</i>
PORTES, Professeur de physique médicale.....	} <i>Juges</i>
DUBOUCHER, Agrégé (Chirurgie).....	
MONTPELLIER, Agrégé (Anatomie pathologique).....	

ALGER
IMPRIMERIES "LA TYPO-LITHO"
ET JULES CARBONEL RÉUNIES

1935

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN..... MM. LEBLANC (✳, ✳, I. ✳).
 DOYEN HONORAIRE..... HERAIL (✳, I. ✳).
 ASSESSEUR..... PINOY (✳, I. ✳).

PROFESSEURS

Clinique médicale.....	MM. AUBRY (O. ✳, ✳, I. ✳).
Clinique gynécologique.....	CABANES (✳, ✳, I. ✳).
Clinique chirurgicale.....	COSTANTINI (✳, ✳, I. ✳).
Botanique et matière médicale.....	FOURMENT (A. ✳, ✳, O. ✳).
Clinique médicale et Hygiène infantile....	GILLOT (I. ✳).
Médecine légale.....	GIRAUD (O. ✳, ✳, I. ✳).
Clinique obstétricale et de puériculture du 1 ^{er} âge.....	LAFFONT (✳, ✳, I. ✳).
Anatomie.....	LEBLANC (✳, ✳, I. ✳)
Thérapeutique.....	LEBON (✳, ✳, A. ✳).
Clinique chirurgicale infantile et d'or- thopédie.....	LOMBARD (✳, ✳, I. ✳).
Chimie biologique et médicale.....	MAILLARD (✳, I. ✳).
Pharmacie.....	MUSSO (I. ✳)
Microbiologie et cryptogamie.....	PINOY (✳, I. ✳).
Pathologie générale et Clinique psychia- trique.....	POROT (I. ✳).
Physique médicale.....	PORTES (✳, ✳, I. ✳).
Anatomie pathologique.....	POUJOL (✳, I. ✳).
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées.	RAYNAUD (✳, ✳, I. ✳).
Parasitologie et zoologie médicale.....	SENEVET (✳, I. ✳).
Physiologie.....	TOURNADE (O. ✳, ✳, I. ✳).
Histologie et Embryologie.....	WEBER (✳, ✳, I. ✳).
Chimie générale pharmaceutique et toxico- logie.....	WUNSCHENDORFF (I. ✳).
Clinique ophtalmologique.....	N...
Hygiène, hydrologie et climatologie.....	N...

PROFESSEUR SANS CHAIRE

M. COURRIER (✳, ✳, A. ✳), Agrégé (Histologie)

PROFESSEURS HONORAIRES

M. ARGAUD (✳, ✳, I. ✳). M. HÉRAIL (✳, I. ✳).

CHARGÉ DE COURS

Clinique oto-rhino-laryngologique..... M. H. ABOULKER (✳, ✳, A. ✳).

AGRÉGÉS

Médecine.....	MM. BENHAMOU. (✳, ✳, A. ✳).
Histologie.....	COURRIER (✳, ✳, A. ✳).
Chirurgie.....	DUBOUCHER (I. ✳).
Accouchements.....	FERRARI (I. ✳).
Médecine.....	HOUEL (✳, ✳, I. ✳).
Chirurgie.....	LACROIX (A. ✳).
Anatomie pathologique.....	MOGGI (✳, A. ✳).
Anatomie.....	MONTPELLIER (I. ✳).
Chimie médicale.....	RIBET (✳, A. ✳).
Histoire naturelle pharmaceutique.....	N...
Physiologie.....	N...

AGRÉGÉ LIBRE

Physiologie..... BATTEZ.

*NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni im-
 probation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être
 considérées comme propres à leurs auteurs.*



A LA MEMOIRE DE MON FRERE

A MA GRAND'MERE

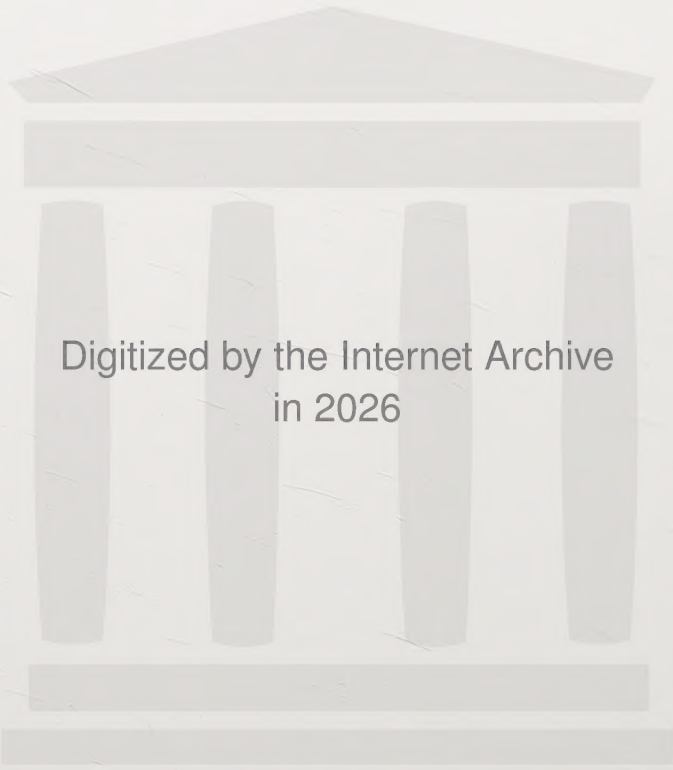
A MA MERE ET A MON PERE

A MON MARI

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A tous ceux qui m'ont témoigné quelque sympathie



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur LAFFONT

Professeur de Clinique Obstétricale
et de Puériculture du premier âge
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de notre vive admiration
et de notre profonde reconnaissance
pour nous avoir prodigué
son précieux enseignement et pour
nous avoir toujours accueillie dans
son service avec sa bienveillance
coutumière.*

*Nous le remercions très sincèrement
du très grand honneur qu'il
nous fait en acceptant la présidence
de cette thèse, et des précieuses
directives qu'il a bien voulu nous
donner au cours de ce travail.*

A MES MAÎTRES ET JUGES

Monsieur le Docteur PORTE

Professeur de Physique Médicale à la Faculté
Chevalier de la Légion d'Honneur

Monsieur le Docteur H. DUBOUCHER

Professeur agrégé
Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Docteur MONTPELLIER

Professeur agrégé d'Anatomie-Pathologie

*Ils ont été des maîtres admirés.
Qu'ils trouvent ici l'hommage de
notre profonde reconnaissance et
de notre respectueuse gratitude
pour leur précieux enseignement,
que nous avons toujours suivi plus
par plaisir que par devoir, et
pour l'excellent accueil qu'ils nous
ont toujours réservé.*

A Monsieur le Médecin Lieutenant-Colonel LACAZE

Chirurgien des Hôpitaux Militaires
Professeur agrégé du Val-de-Grâce
Officier de la Légion d'Honneur

*Nous lui devons l'idée de cette
thèse. Qu'il veuille bien trouver ici
l'hommage de notre respectueuse
affection et de notre profonde recon-
naissance pour le bienveillant inté-
rêt qu'il nous a toujours témoigné
et pour l'enseignement si lumineux
et si varié dont il a bien voulu nous
faire bénéficier à l'Hôpital Ducros
à Blida.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

En toute gratitude.

Je dédie cette thèse.

INTRODUCTION

La grossesse extra-utérine est connue depuis fort longtemps, elle est longuement étudiée dans les manuels classiques et a fait l'objet de travaux nombreux de la part de maîtres éminents. On sait, depuis Lawson-Tait, c'est-à-dire depuis un demi-siècle, que la rupture de la trompe gravide est la cause la plus fréquente des hémorragies intra-péritonéales de la femme. Cependant, la grossesse extra-utérine ne cesse d'être à l'ordre du jour: elle fait l'objet de publications quotidiennes de la part des gynécologues, des obstétriciens, des chirurgiens et, plus récemment, des radiologues et des biologistes.

Il semble qu'elle s'observe avec une fréquence plus grande depuis la dernière guerre. Stephane Sztehló⁽¹⁾ exprimant l'opinion des gynécologues Allemands et Russes, accuse l'amoralité résultant de la guerre, la perte du sens de la responsabilité « qui ont pénétré jusque dans la sainteté des familles » et qui ont eu pour conséquences la multiplication des infections gonococciques et des manœuvres abortives. Les injections iodées, fréquemment employées dans ce but, auraient provoqué expérimentalement, chez l'animal, l'apparition de grossesses extra-utérines. On connaît le rôle des curetages répétés, des infections puerpérales, consécutives à ces manœuvres pratiquées sans asepsie.

(1) Stéphane SZTEHLÓ. — *Munchener Medizinische Woch* (n° 12, 18 mars 1932).

Toutes ces causes influent pour augmenter le nombre absolu des grossesses extra-utérines, mais il est indéniable que sa fréquence actuelle est surtout relative, et tient à ce qu'elle est mieux connue des médecins et des sages-femmes, et que son diagnostic est fait plus souvent qu'autrefois.

C'est une question sans cesse remaniée à cause de la multiplicité et de la variété de ses formes cliniques, des énigmes quotidiennes que pose son diagnostic différentiel.

C'est dire que les erreurs de diagnostic auxquelles elle donne lieu sont fréquentes : « Quand on y pense souvent, dit Cadenat, on n'y pense pas encore assez ». Pendant longtemps, elles ont pour une grand part été passées sous silence par leurs auteurs : il est tellement plus agréable de publier ses succès que ses échecs !

Mais les erreurs de diagnostic de la grossesse extra-utérine sont graves, aussi des maîtres éminents ont-ils pris la courageuse initiative de divulguer les leurs, afin d'attirer l'attention des cliniciens sur les embûches et les surprises qu'elle leur réserve. Depuis lors, on assiste, dans la littérature médicale, à une véritable floraison de publications d'erreurs de diagnostic, toutes fort instructives.

BUT DU TRAVAIL

Nous avons pensé qu'il ne serait pas inutile pour le clinicien de trouver réunies, dans un travail d'ensemble, les plus typiques de ces observations éparses.

La symptomatologie classique, si elle ne prête guère à l'erreur, est rarement observée au complet chez les malades de la pratique journalière. Les formes monosymptomatiques sont fréquentes. Les femmes s'observent mal, « à moins d'avoir affaire à une méthodique maniaque, éprise de minutie et de calendrier, ou à une inquiète, angoissée de grossesse, on se trouve en présence d'une malade préoccupée de « perdre » et non pas interrogeant sur un « retard ». (Mondor). Il faut alors savoir attirer leur attention sur de petits signes auxquels elles n'attachent aucune importance et qui, cependant, mettront sur la voie du diagnostic lorsqu'on sait les faire préciser. Bien souvent, elles égarent volontairement le médecin qui devra alors s'appliquer à relever les contradictions entre l'interrogatoire et l'examen clinique, et tâcher d'obtenir des aveux.

La grossesse extra-utérine est une cause de mort rapide, pouvant même avoir de graves conséquences médico-légales, si le diagnostic n'a pas été fait avant la mort ; nous en verrons des exemples par nos observations n° 30 et n° 33.

Il faut amener les médecins à y penser souvent, à pousser dans ce sens leur interrogatoire et leur examen clinique. Il faut, pour cela, qu'ils soient bien avertis des formes cliniques nombreuses qu'ils pourront rencontrer et des cas qui simulent la grossesse extra-utérine.

Nous nous sommes efforcés, dans ce travail, d'apporter notre contribution à l'étude des formes cliniques et du diagnostic différentiel de la grossesse extra-utérine.

PLAN DE LA THÈSE

Comme la symptomatologie de la grossesse extra-utérine change au fur et à mesure de l'évolution de l'œuf, nous suivrons pas à pas cette évolution, nous inspirant en celà de l'excellent article de Vignes (1).

que, nous reprendrons l'étude des symptômes, non pas sous la forme classique, habituelle aux manuels didactiques, mais en fonction des erreurs auxquelles ils peuvent donner lieu.

Nous appuierons les principales causes d'erreur par une ou plusieurs observations, les unes inédites, dues à l'obligeance de nos maîtres de la Faculté, ou recueillies à la clinique obstétricale de M. le Professeur Laffont ; les autres, puisées dans la littérature médicale de ces dernières années, qui commence à en être riche.

Notre travail comprendra, outre l'introduction, six chapitres et des conclusions.

Ch. I^{er}. — Les erreurs de diagnostic au début de la grossesse extra-utérine.

Ch. II. — Les erreurs de diagnostic au moment de l'hémorragie intra-tubaire.

Ch. III. — Les erreurs de diagnostic au moment de l'hématocèle enkystée.

Ch. IV. — Les erreurs de diagnostic au moment de l'hémorragie cataclysmique.

Ch. V. — Les erreurs de diagnostic dans sa variété, dite abdominale.

Ch. VI. — Comment éviter les erreurs de diagnostic.

Comment réparer les erreurs de diagnostic.

(1) H. VIGNES. — Diagnostic de la grossesse extra-utérine. (*Presse Médicale*, n° 73, 13 septembre 1933.)

CHAPITRE I^{er}

Les erreurs de diagnostic au début de la grossesse extra-utérine

*Alors qu'elle n'est pas encore compliquée,
ou qu'elle l'est peu.*

SYMPTOMATOLOGIE

Nous insisterons particulièrement sur la symptomatologie du début de la grossesse extra-utérine. C'est à cette période qu'il serait intéressant de faire toujours le diagnostic, de façon à opérer dans de bonnes conditions, avant d'avoir la main forcée par des complications souvent graves et qui mettent en danger les jours de la malade. Malheureusement, en l'absence de symptômes d'alarme, beaucoup parmi celles-ci ne viennent pas au gynécologue. C'est au gynécologue à savoir retenir celles qui viennent pour « des pertes », pour « des douleurs », pour « l'estomac », les « reins », la « vessie » (Mondor).

LA TUMEUR ANNEXIELLE

C'est la cause de tout le mal ; mais il faut bien savoir qu'elle n'est pas toujours apparente à un premier examen, qu'elle est rarement pathognomonique, et qu'elle peut être la cause de nombreuses erreurs d'interprétation.

Écoutons Mondor : « La recherche dans les culs-de-sac est plus importante, c'est elle qui peut, doit donner la clef ; mais la perception de la petite masse annexielle n'est pas facile ; il faut aller loin sur les côtés, loin en arrière de l'utérus, est-ce rond, dur, solide, résistant, on ne peut pas le préciser, on ne veut pas trop appuyer. En tout cas, ce « quelque chose » est douloureux ». Et plus loin : « Quelquefois, on croit l'avoir nettement ; quelquefois elle échappe ; que de fois, à l'instant d'intervenir, se prend-on à douter de ses sensations tactiles et fait-on encore une fois le toucher. Même si elle est incontestable, ses caractères ne permettent pas aisément la certitude. Une masse, « une petite chose » à côté d'un utérus augmenté de volume, c'est peut-être un ovaire scléro-kystique, un hydrosalpinx, un petit kyste dermoïde. Si l'on tranche trop vite par ces mots : « ce n'est rien, à votre âge il faut garder ses ovaires » et si la rupture se fait le lendemain, et cataclysmique, quel remords, quelle responsabilité longue à oublier ».

LES TROIS TRIADES DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Cette tumeur annexielle provoque dans l'organisme maternel des symptômes locaux, focaux et généraux, qui la révèlent parfois à la malade et qui doivent être attentivement recherchés par le médecin. Notre maître, Monsieur le Professeur Laffont, a coutume, au cours de son enseignement clinique, de les grouper dans un but mnémotechnique et didactique en trois triades : la triade gravidique, la triade des douleurs, et la triade des réservoirs pelviens.

Cette division devra toujours être présente à notre esprit; nous devons nous efforcer de n'en oublier aucun terme, lors de l'interrogatoire et de l'examen de nos malades. Ce sera le fil d'Ariane qui nous conduira le plus sûrement au diagnostic.

1° La triade gravidique

Pour aboutir au diagnostic de la grossesse extra-utérine, il faut penser d'abord à la grossesse tout court et rechercher les trois groupes de symptômes d'inégale importance qui composent la triade gravidique.

a) L'AMÉNORRHÉE SUIVIE DE MÉTRORRAGIES. — C'est le symptôme le plus important, il manque rarement; mais encore faut-il savoir le trouver. Le retard de règles qui signe la grossesse extra-utérine, est en effet souvent masqué par une métrorragie survenant un peu avant, ou au moment, ou peu après l'époque à laquelle les règles normales auraient dû venir. La malade ne se croyant pas enceinte, ne s'en inquiète pas, c'est au médecin à lui faire préciser que ces pertes n'ont ni la qualité, ni la quantité, ni la durée de ses menstrues habituelles.

Il ne faut pas compter trouver chaque fois les classiques « *pertes sépia* », elles sont surtout le signe d'un arrêt ou d'une complication.

Les métrorragies de sang rouge ne sont pas exceptionnelles, mais il est rare qu'elles soient aussi abondantes et aient la même durée que les règles: elles sont généralement écourtées ou anormalement prolongées; autant de signes qui permettent la différenciation. Mais ce symptôme n'a de valeur que si la malade est habituellement bien réglée.

Combien de femmes ont des irrégularités menstruelles ; que de sujets d'erreurs pour le clinicien !

Il faut se souvenir que les règles reviennent normalement deux mois après la mort de l'œuf et son enkystement.

Il faut bien savoir également, que la grossesse n'est pas chez la femme, la seule cause d'aménorrhée ; sans parler des affections générales : anémie, tuberculose, etc... les divers kystes de l'ovaire peuvent la provoquer et, fait plus grave, ils peuvent simuler à s'y méprendre la triade gravidique au complet, que nous allons passer en revue dans un instant.

Il ne faut pas non plus attendre, pour faire le diagnostic de grossesse extra-utérine, l'*expulsion de la caduque*. Elle se produit parfois tardivement, au moment du faux-travail. Elle ne signifie pas fatalement la mort de l'œuf, comme on l'a cru pendant longtemps.

Elle passe souvent inaperçue dans les caillots, où elle est prise par la malade pour une « fausse-couche ».

Mais lorsqu'on a la chance de la constater, elle est pathognomonique.

Ce que nous venons de dire de l'*aménorrhée* ne doit pas nous faire oublier qu'elle est un des premiers signes, et l'un des meilleurs de la grossesse extra-utérine au début.

Lorsqu'un médecin touchant une femme qui a des irrégularités menstruelles, retire son doigt taché d'un peu de sang poisseux, de couleur chocolat, il faut que, par réflexe, il pense instantanément « grossesse extra-utérine », et en recherche les autres symptômes.

b) LES PHÉNOMÈNES SYMPATHIQUES. — Ce sont les petits signes de la grossesse que nous retrouvons ici : les nausées, les vomissements, les troubles de l'appétit et du caractère. Ils mettent plutôt sur la voie d'une grossesse normale lorsqu'ils existent. Cependant, ils s'accompagnent plus souvent dans la grossesse extra-utérine : d'asthénie, de lassitude, et parfois même de vertiges.

c) LES SIGNES PHYSIQUES. — C'est l'augmentation du volume des seins et leur pigmentation, la présence de colostrum, la ligne brune, etc... Ils sont cependant beaucoup moins nets que pour une grossesse normale du même âge.

Ce sont surtout les *modifications de l'utérus*.

Écoutons encore Mondor : « *Le col*² est un peu ramolli, pas beaucoup, « pas comme dans la grossesse » (Pinard), il est quelquefois gros et entr'ouvert, quelquefois haut, sous le pubis, ou un peu latéral. La douleur par pression à son niveau est sans grande valeur. Le *corps* est en antéflexion quelquefois bien marquée, il est un peu ramolli, d'un ramollissement uniforme, sans signe de Hégar. Il peut, dans certains cas, se trouver un peu surélevé vers le ventre, comme si l'érection tubaire l'entraînait. Enfin, il est un peu gros. Il l'est d'autant plus que la grossesse tubaire est plus près de lui (Sproat Heaney) ; mais à aménorrhées égales, il est moins gros qu'un utérus gravide. Il est quelquefois petit, atrésié ; il faut une grossesse ectopique déjà de plusieurs semaines pour que le corps soit gros et mou. C'est un signe de plus à ne pas attendre : on gagne un temps précieux à s'en passer ».

L'utérus n'a généralement pas l'évasement et la forme globuleuse qu'il a dans la grossesse utérine ;

ce n'est pas la « figue mûre ». Mais ne s'agit-il pas d'une grossesse dans un utérus bicorne ou didelphe, d'une grossesse angulaire, interstitielle, isthmique ? Autant de questions que se pose le clinicien lorsqu'il palpe un utérus au cours d'une grossesse extra-utérine au début, et elles ne sont pas faciles à résoudre !

2° La triade des douleurs

La grossesse extra-utérine est une *grossesse douloureuse*. Mais, si les douleurs manquent rarement, il ne faut pas s'attendre à les trouver très violentes au début. Cependant, il y a toujours dissociation entre les *phénomènes physiques constatés*, qui sont minimes, parfois même peu appréciables, et les *douleurs accusées par la malade*, assez vives pour l'amener à consulter. Elles sont de trois ordres : locales, à distance, au niveau du Douglas.

a) LES DOULEURS LOCALES. — Elles sont, le plus souvent *spontanées*, comme nous venons de le voir, et présentent des caractères tout à fait banaux ; ovarialgies, points de côté, coliques, pesanteurs. Elles ont le mérite d'attirer l'attention de la malade et du médecin vers le petit bassin. On pratique le toucher, et on constate la petite tumeur annexielle, douloureuse aussi *à la pression*.

Parfois, elles sont plus vives, en coup de poignard, presque syncopales ; mais alors, elles annoncent une complication : hématosalpinx, rupture ou avortement tubaires. Elles peuvent s'accompagner de réactions péritonéales légères. Elles pré-

sentent cependant un caractère particulier qui doit attirer l'attention et qu'il faut rechercher soigneusement :

Elles sont tenaces, et rebelles à tout traitement.

Elles ne cèdent pas, comme les douleurs de salpingite, au repos, à la glace, à la vaccinothérapie.

Elles réveillent la malade la nuit et la tiennent éveillée.

Elles sont plutôt calmées par un écoulement de sang, et ce signe a une grosse valeur diagnostique.

b) LES DOULEURS A DISTANCE (*Le signe de Laffont*).

— Ces douleurs locales sont fréquemment suivies à plus ou moins longue échéance, dans la grossesse extra-utérine, d'une douleur élevée, en apparence paradoxale, à siège variable. Généralement c'est vers la *région scapulaire correspondante* qu'elle se produit, mais on la rencontre en un point quelconque du thorax, au niveau de l'épigastre, de la zone vésiculaire, ou même de la nuque. Elle peut être *croisée* par rapport à la lésion tubaire, et on ne peut pas déduire de son siège, le côté où se trouve la trompe gravide.

Cette douleur peut être intense, au point de tenir le premier plan de la scène clinique. La douleur locale et l'aménorrhée sont oubliées, elle éloigne le médecin de la sphère génitale s'il n'est pas prévenu de son existence. Henri Ezes, dans sa thèse (1) consacrée à ce sujet, cite une série impressionnante d'erreurs de diagnostic occasionnées par la douleur élevée. Elle a égaré des maîtres de la médecine et

(1) H. EZES. — Sur les douleurs périphériques élevées dans certaines affections annexielles. (Thèse d'Alger 1931.)

de la chirurgie ! On pense à un point pleurétique, à une perforation d'ulcus gastrique, à une colique hépatique ou néphrétique !

Elle est plus souvent modérée : il se peut qu'elle n'attire pas l'attention de la malade, absorbée surtout par ses préoccupations génitales. C'est alors au médecin à la rechercher, à questionner, il la trouvera presque toujours.

C'est à notre maître Monsieur le Professeur Laffont, que revient le mérite d'avoir le premier, en 1919, attiré l'attention sur la douleur tardive élevée, dans la grossesse extra-utérine. De nombreux auteurs, tant Français qu'étrangers, ont publié après lui, une foule d'observations venant à l'appui de sa thèse et, depuis, la douleur tardive élevée dans la grossesse extra-utérine, porte le nom justement mérité de *signe de Laffont*, que lui ont donné les Roumains (Jonescu).

Il est de notre devoir d'y insister, car certains auteurs prétendent ne l'avoir jamais observée dans la grossesse extra-utérine, ou ne l'avoir observée qu'exceptionnellement. Cela tient probablement à ce qu'ils ne l'ont pas recherchée systématiquement. D'autres, arguant du fait qu'elle n'est pas pathognomonique, ou que son intensité n'est pas proportionnelle à l'importance de la complication, se refusent à en faire un signe de grossesse extra-utérine.

Il est prouvé maintenant, et Monsieur le Professeur Laffont a bien précisé sa théorie à ce sujet, qu'une simple irritation du sympathique pelvien suffit à provoquer des douleurs élevées. Mais il n'est pas moins vrai que la grossesse extra-utérine est une des causes les plus fréquentes d'irritation

brutale de ce sympathique pelvien : soit au niveau de ses terminaisons tubaires, anormalement et violemment distendues par l'évolution rapide de l'œuf, ou corrodées par les vilosités placentaires, soit surtout au niveau des nombreuses terminaisons sous-péritonéales qui tapissent le petit bassin, au moment où se produit un épanchement sanguin.

Aussi la douleur tardive élevée, traduit-elle le plus souvent une rupture de la trompe ou un avortement, au cours de la grossesse tubaire. C'est un *symptôme d'alarme* : elle annonce, suit ou accompagne la complication.

Nous ne saurions trop répéter qu'elle constitue un symptôme fréquent d'une grosse valeur diagnostique, lorsqu'on sait la chercher et l'interpréter. Sa constatation doit, au même titre que le retard de règles suivi de pertes sépia, déclancher chez le clinicien le réflexe : grossesse extra-utérine.

c) LA DOULEUR AU NIVEAU DU DOUGLAS (*Le signe de Proust*). — C'est un signe d'irritation du péritoine qui tapisse le cul-de-sac de Douglas, par un épanchement sanguin. Il manque rarement dans la grossesse extra-utérine compliquée, mais ce n'est pas un signe de début.

Voici comment Proust le définit : « Lorsqu'on examine une femme atteinte d'inondation péritonéale, il est impossible de percevoir au toucher bi-manuel, le sang liquide répandu dans le Douglas. Mais si, à ce moment, on fait la palpation profonde de ce cul-de-sac, on détermine une de ces douleurs dont on a l'habitude de dire qu'elles sont exquises, douleur tellement perçante, que chez

les malades en demi-syncope, on leur arrache encore une plainte. Cette *douleur profonde*, jointe à la *parfaite dépressibilité du Douglas*, constitue ce que j'appelle le signe du Douglas. Il se passe, pour la sensibilité du Douglas, quelque chose de comparable à l'hyperesthésie de la paroi abdominale dans certaines formes de péritonites...

« Cette présence de sang dans le ventre n'agit nullement sur les muscles grands droits, qui ne sont pas contracturés ».

Le signe du Douglas demande à être recherché avec minutie et de la façon exacte, suivant laquelle Proust l'a décrit, si l'on ne veut pas commettre de grossières erreurs d'interprétation. De nombreuses affections pelviennes, en effet, sont marquées par de la douleur à la pression au niveau du Douglas. Seule, la pelvi-péritonite d'origine gonococcique en flambée aiguë, donne le signe de Proust dans toute sa pureté, à la manière de l'épanchement sanguin du Douglas, au cours des complications de la grossesse tubaire. Il faudra donc soigneusement éliminer cette affection, lorsque l'on constatera le signe de Proust, car l'abstention opératoire doit être absolue au cours de la pelvi-péritonite gonococcique, tandis que la laparotomie s'impose d'urgence au cours de la grossesse extra-utérine compliquée.

De même que le signe de Laffont, le signe du Douglas n'est pas constant, mais son existence permet d'éliminer une série d'affections abdominales ou abdomino-génitales, qui simulent souvent la grossesse extra-utérine rompue, en particulier : l'avortement utérin, l'occlusion intestinale, la forme hypertoxique de l'appendicite.

3° La triade des réservoirs pelviens

La présence de cette tumeur anormale à l'intérieur de la trompe, déclanche à son niveau des phénomènes expulsifs, qui se traduisent, nous l'avons vu, par des douleurs locales, véritables coliques salpingiennes.

Par un mécanisme de synergie réflexe, il semble que tous les réservoirs pelviens, parfois ensemble, mais plus souvent à tour de rôle, cherchent eux aussi à expulser leur contenu.

a) L'UTÉRUS est, par intermittence, le siège de contractions douloureuses, qui rappellent aux multipares les douleurs du travail et éveillent en elles l'idée de grossesse. C'est souvent à l'occasion de ces contractions, qu'un léger écoulement de sang apparaît à la vulve et les amène à consulter, car il leur fait craindre un avortement. Les coliques s'irradient souvent vers les lombes ou vers le périnée. Nous avons vu qu'il expulse parfois sa *caduque*.

b) LA VESSIE cherche aussi à vider son contenu, et le manifeste par de la dysurie et de la pollakiurie. Pour peu que la douleur locale irradie vers les lombes ou que la douleur élevée siège au voisinage de l'angle costo-vertébral, s'il y a du colibacille dans les urines, voilà le diagnostic égaré pour un temps sur l'arbre urinaire.

On pense à la colibacillose, à la colique néphrétique, à l'hydronéphrose, et on laisse évoluer la grossesse tubaire, jusqu'au jour où éclate une complication brutale, qui rappelle au médecin la nécessité de faire chaque fois un examen complet de ses malades.

Parfois, on observe de la contracture du sphincter vésical. D'autres fois, nous assistons à une véritable parésie vésicale par irritation péritonéale. A ce moment, la malade « *pousse pour uriner* » (obs. n° 8). Elle peut même présenter brusquement de la rétention de ses urines, ce qui oblige à la sonder.

c) LE RECTUM participe également à ces troubles réflexes ; on observe du ténesme, des épreintes, de fausses envies d'aller à la selle, de la constipation avec émission de glaires, ou de la diarrhée. Plus tard, il pourra être comprimé par la tumeur annexielle enclavée, ou par une hématocele. Il pourra être étranglé par des brides cicatricielles. Il est rare toutefois, que ces symptômes prêtent longtemps à erreur, et s'ils amènent à pratiquer un toucher rectal, ils aideront plutôt à faire le diagnostic.

Si nous trouvions dans chaque cas de grossesse extra-utérine, au début, ces trois triades de symptômes au complet, comme le diagnostic en serait facile ! Malheureusement pour le clinicien, la nature semble se faire un malin plaisir à cacher tantôt les uns, tantôt les autres, à les associer avec les signes trompeurs des autres affections pelviennes, abdominales ou générales, provoquant ainsi de nombreuses erreurs de diagnostic.

LES ERREURS

Maintenant que nous avons revu rapidement les symptômes principaux de la grossesse extra-utérine au début, voyons quelles sont les affections qui peuvent la simuler et nous induire en erreur.

1° LA MASSE ANNEXIELLE ATTIRE SEULE L'ATTENTION

Nous envisagerons les différents cas cliniques, en suivant le plan que nous nous sommes fixé au début de ce chapitre :

C'est le plus souvent au cours d'un examen fortuit qu'elle est découverte, chez une malade qui vient consulter pour une affection en apparence intercurrente : pour une « *métrite* » ancienne, une « *salpingite* », un « *fibrôme* ». C'est bien souvent une femme jusque-là stérile, et qui est loin de penser à la grossesse ; ou bien une femme qui a fait de nombreuses fausses-couches, et qui voudrait mener à terme sa grossesse. Parfois, c'est une douleur insolite qui l'inquiète.

On interroge cette malade : elle présente de l'aménorrhée. D'autres fois, on n'en décèle pas, parce que sa grossesse est trop récente, ou parce qu'elle est irrégulièrement réglée en temps normal ; ou encore, parce qu'elle perd entre ses règles. La triade des douleurs est peu marquée, celle des réservoirs pelviens n'existe pas.

On pratique le toucher : on constate un utérus un peu gros, un peu mou, et une masse latéro-utérine plus ou moins apparente et un peu douloureuse. On pense alors, suivant les symptômes présentés :

— *A un ovaire en ovulation ;*

— *A un gros corps jaune périodique* ayant donné des symptômes de pseudo-grossesse ovarienne, ainsi que MM. Courrier, H. Duboucher et Pouget en ont présenté un cas à la Société de biologie (séance du 8-9 juin 1927) ;

— *A un ovaire scléro-kystique*, qui s'accompagne souvent de troubles menstruels. Il est douloureux, présente parfois des poussées d'atrésie, des augmentations brusques de la tension intra-kystique et du volume d'un des kytes, mais il s'affaisse en général dans les jours suivants, tandis que la grossesse tubaire s'accroît à chaque examen ;

— *A un hydrosalpinx, à une salpingite ancienne*, qui peuvent s'accompagner de dysménorrhée ou d'aménorrhée transitoires ;

— *A un petit fibrome latéral pédiculé* appendu au corps de l'utérus ; l'observation suivante due à Barret⁽¹⁾ est très démonstrative à cet égard :

« Femme X..., 48 ans, présente un retard de règles de deux mois et demi. Utérus mobile sans modification d'aucune sorte. Dans le cul-de-sac gauche, petite masse para-utérine se déplaçant avec l'utérus. On pense à un hématosalpinx. In-

(1) BARRET. — Quelques points cliniques et thérapeutiques de la grossesse extra-utérine. (Thèse Paris 1927.)

tervention (Lapointe, Barret). Ether. Laparotomie médiane sous-ombilicale ; petit fibrôme, siégeant sur la face antéro-latérale gauche de l'utérus (du volume d'une noix). Excision : suites normales.

— Plus rarement on posera le diagnostic de grossesse extra-utérine, alors qu'on aura affaire à *une tumeur conjonctive* de la trompe : Sarcome ou fibro-myome.

Dans tous ces cas, l'examen clinique seul ne permet pas de poser un diagnostic ferme. On se réserve et on attend, en conseillant à la malade de se faire revoir fréquemment et de revenir au moindre symptôme alarmant.

Dans la grossesse extra-utérine, *la masse annexielle augmente de volume entre deux examens successifs*. Les triades auront le temps de se préciser, on aura pu pratiquer les réactions biologiques de la grossesse et, en possession de tous ces éléments, on pourra prendre, en toute connaissance de cause, la décision thérapeutique.

2° A LA MASSE ANNEXIELLE S'ASSOCIE

LA TRIADE GRAVIDIQUE

et à des degrés divers : la triade des douleurs et la triade des réservoirs pelviens.

Ce sont les symptômes de la grossesse qui amèneront ces malades à consulter pour savoir si elles sont bien enceintes, ou bien parce que leur grossesse est douloureuse. On constate la triade gravidique, on pratique le toucher pour la compléter par l'examen de l'utérus, et on découvre la tumeur annexielle, ou qui paraît telle.

— CE SONT LES KYSTES DE L'OVAIRE qui sont, dans ce cas, le plus souvent confondus avec une gros-

sesse ectopique. Ils simulent parfaitement la triade gravidique, provoquant l'aménorrhée, les symptômes sympathiques, les signes physiques, y compris les modifications de l'utérus. Ils provoquent la triade des douleurs, lorsqu'ils se rompent ou qu'ils saignent.

En voici trois exemples :

OBSERVATION N° 1 (résumée)

Inédite, due à l'obligeance de M. le Docteur Félix LAGROT, ex-chef de clinique chirurgicale infantile à la Faculté.

18 juillet 1934. — Mlle And. Déb..., 28 ans, vient consulter parce qu'elle pense être enceinte de 2 mois. *Absence de règles* depuis *deux mois*, nausées et dyspepsie. A été consulter une sage-femme ; une *tentative d'avortement* par sonde a été infructueuse.

A l'examen, utérus légèrement augmenté de volume, mais surtout, on aperçoit en arrière et à droite, une *tumeur arrondie*, régulière, mobile, molle, de la grosseur d'un petit poing.

Nous pensons qu'il s'agit d'une *grossesse tubaire*.,

Intervention le 19 juillet : *kyste lutéinique* à droite, que nous enlevons.

Les règles apparaissent une semaine après.

OBSERVATION N° 2 (résumée)

Inédite, due à l'obligeance de M. le Docteur Félix LAGROT, ex-chef de clinique chirurgicale infantile à la Faculté.

25 novembre 1932. — Mlle Georg..., 33 ans, pas d'antécédents génitaux. Réglée normalement jusqu'à il y a 2 mois et demi. En septembre, *absence des règles* ; apparition d'hémorragies irrégulières au début du mois d'octobre. Quelques *douleurs irrégulières* dans le bas ventre, surtout à gauche.

Viënt se faire examiner parce qu'elle pense être enceinte.

Au toucher, col un peu ramolli ; utérus de dimensions normales, mobile. A gauche, *tumeur mobile*, un peu molle, dans le cul-de-sac, du volume d'un poing.

Nous posons le diagnostic de *grossesse tubaire*, cependant la réaction de Brouha reste négative.

Intervention le surlendemain : *kyste du corp jaune* à gauche. Extirpation.

Apparition des règles au troisième jour qui suit l'opération.

OBSERVATION N° 3 (résumée)

Inédite, due à l'obligeance de M. le Docteur Félix LAGROT, ex-chef de clinique chirurgicale infantile à la Faculté.

4 juillet 1932. — Mme C..., 29 ans, vient consulter pour *point douloureux de la fosse iliaque droite* et *retard de règles* de un mois et demi, avec quelques hémorragies irrégulières depuis quelques jours.

Le point douloureux correspond au Mac Burney, et nous pensons d'abord à un point appendiculaire. Mais le toucher montre une *masse arrondie*, douloureuse derrière un utérus normal. Nous pensons à une *grossesse tubaire*, avec peut-être avortement tubaire, à cause de la douleur.

Nous l'opérons le lendemain : *kyste du corps jaune*, gros comme un œuf. Ablation. Appendicectomie.

Règles le sixième jour.

Tout récemment, Brindeau, Riehl, H. Hinglais et M. Hinglais⁽¹⁾ en ont rapporté un cas fort instructif, puisqu'ils ont décelé dans l'urine, l'élimination de Prolan B (hormone de lutéïnisation) en quantité notable, alors que cette hormone ne s'y trouve guère en dehors de l'état de grossesse :

(1) *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris* (n° 1, janvier 1935).

OBSERVATION N° 4

Une femme de 30 ans est examinée pour la première fois en 1931, à l'occasion de douleurs localisées dans la fosse iliaque droite et ayant donné lieu au diagnostic d'appendicite.

L'examen gynécologique, à cette époque, avait montré un utérus en anté-flexion, nettement hypoplasique ; les annexes n'étaient pas palpables.

En 1932, elle consulte pour stérilité. Les règles sont normales quant au rythme, mais de courte durée, et très peu abondantes (durée maximum 2 ou 3 jours, perte de sang parfois insignifiante). A l'examen gynécologique, on trouve toujours un utérus très petit et hypoplasique.

Divers traitements opothérapiques sont institués sans succès appréciable. La femme resté stérile.

En février 1934, on fait un examen au lipiodol : les trompes sont bien perméables. A cette époque, l'état est toujours le même au point de vue gynécologique : règles très régulières, mais flux menstruel très faible, durant deux jours.

Le 3 juillet 1934, pour la première fois les règles cessent. La malade consulte après un retard de 15 jours : les seins sont fortement gonflés ; la malade signale de légères crampes, dans la région de l'ovaire droit, l'examen gynécologique montre un utérus en anté-flexion, paraissant un peu tuméfié à droite. Au palper, on perçoit une tumeur de la taille d'un petit œuf.

Le diagnostic de grossesse paraît certain, mais l'examen gynécologique donne à penser qu'il s'agit probablement d'une grossesse tubaire.

Le 9 juillet 1934, l'examen biologique des urines est pratiqué : *les réactions biologiques qualitatives sont positives* ; toutefois, la réponse est réservée jusqu'à l'achèvement du titrage des hormones. Ce titrage indique une *taux de prolan B de 120 unités par litre* d'urines.

Tout en regrettant de n'avoir pu exécuter ce dosage dans le sérum sanguin, la conclusion suivante est admise : pas de grossesse en évolution, possibilité d'œuf mort (intra ou extra-utérin).

Ayant été mis au courant des circonstances cliniques, l'auteur de l'examen conseille l'intervention. Entre temps, d'ailleurs, les signes cliniques se sont accentués : la tumeur située à droite de l'utérus a sensiblement doublé de volume, les crises douloureuses sont devenues plus violentes (13 juillet).

L'intervention est pratiquée : on trouve après laparotomie, un utérus petit, vide, les deux trompes normales, l'ovaire droit porteur d'une petite tumeur kystique.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'un kyste lutéinique. Liquide jaunâtre, paroi externe lisse et brillante, paroi interne tapissée par une couche de 1 mm. de tissu jaune d'or. A l'examen microscopique, on y trouve des cellules à lutéine.

En résumé, il s'agit d'un *kyste lutéinique* apparu chez une femme jusqu'alors très régulièrement et faiblement réglée : kyste dont le développement s'est accompagné de l'arrêt des règles et de phénomènes ayant pu faire croire à un début de grossesse ectopique, et d'une sécrétion relativement importante de prolane B. Le titrage de cette hormone dans les urines a révélé un taux de 120 unités par litre.

Un nouveau dosage, pratiqué 12 jours après l'intervention, démontre la disparition complète de l'hormone dans les urines.

— Parfois *kyste de l'ovaire et grossesse ectopique* co-existent, et c'est le kyste qui est pris pour une trompe gravide, témoin l'observation suivante, due à MM. Verdeuil et Paillas (1).

OBSERVATION N° 5

Un^e septigeste qui a eu déjà quatre accouchements à terme, et trois avortements suivis de curetages.

Cette femme a, du 13 au 23 décembre 1933, des règles fortement diminuées et suivies de pertes sanguin^{es} intermittentes.

(1) *Bulletin de la Société d'abstétrique et de gynécologie* (n° 6, juin 1933).

L'examen pratiqué le 3 janvier 1933, montrè un col un peu mou, un corps en rétro-latéro-version droite ; à gauche, une masse molle, arrondie, fluctuante, «du volume d'une mandarine, à droite rien de net. Forte suspicion de grossesse ectopique. M. le Professeur Guérin-Valmale, en fait part à la femme qui n'a pas du tout l'air convaincue et qui, néanmoins, accepte d'entrer le lendemain.

Mais c'est le soir même, que cette femme entre d'urgence, prise de douleurs brusques dans la fosse iliaque droite de lipothymies. Cette femme est choquée ; le pouls s'accélère (120).

Au toucher, on trouve un cul-de-sac de Douglas bombant et horriblement douloureux.

Nous pratiquons d'urgence une laparotomie qui permet de trouver un demi-litre de sang dans le Douglas et à gauche, la masse perçue le matin qui est un kyste de l'ovaire gros comme une petite orange. A droite, il y a une trompe gravidè de la grosseur d'un petit œuf de pigeon ; c'est une grossesse isthmique fissurée qui laisse dégoutter du sang.

Hystérectomie subtotalaire. Suites parfaites.

— LES GROSSESSES UTÉRINES sont parfois confondues avec des grossesses ectopiques, lorsqu'elles présentent certains signes difficiles à distinguer des triades de la grossesse extra-utérine. Barret en signale dans sa thèse un cas qui lui est personnel :

— Femme G..., âgée de 22 ans, entre à l'hôpital Tenon avec le diagnostic de grossesse extra-utérine. Retard de deux mois. Douleurs dans le bas-ventre. Pertes sépia. Tendance syncopale. Col ramolli. Corps peu augmenté de volume. Petite masse dans le cul-de-sac droit, décelée à plusieurs examens. Mise en observation pendant six jours, on pense à un hémato-salpinx.

Intervention 9 avril 1925 (Barret). Ether.

Laparotomie. Utérus gravide. Rien d'annexiel. Appendicectomie. La grossesse n'a pas été interrompue.

Quel est le chirurgien qui peut se flatter de n'avoir jamais commis cette erreur ?

— Parfois la grossesse s'observe dans un utérus en *position anormale* : latéro-version, et surtout rétroversion. Le corps utérin « joue sur le col » et donne la sensation d'une tumeur indépendante.

— Plus rarement il s'agit de grossesse dans un *utérus bi-corne*, ou dans un *utérus didelphe*, dont une corne ou une moitié seules sont gravides, et simulent une tumeur plus ou moins indépendante d'un utérus peu modifié.

— LA GROSSESSE INTERSTITIELLE est d'observation rare et son diagnostic fréquemment impossible avec la grossesse angulaire ou ectopique. Le signe de Ruge-Simon et les signes de Reeb, ne peuvent être utiles qu'à l'intervention.

L'erreur qui consiste à la confondre avec une grossesse angulaire est plus fréquente et plus grave.

L'observation suivante est fort instructive à ce sujet :

OBSERVATION N° 6

M. J. CAILLOT.

In : Bulletin soc. obst. et gyn., n° 8, octobre 1934.

M^{me} V... 36 ans, entre le 5 octobre 1933 dans le service de notre maître le Pr. VILLARD, que nous avons l'honneur de remplacer à ce moment. Elle vient parce que depuis

un mois et demi, elle perd en rouge d'une façon continuelle, et que sont médecin lui a parlé d'un curetage nécessité par une rétention placentaire probable.

Réglée régulièrement. 3 enfants.

Opérée de rétroversion post-partum par le Prof. J. L. FAURE.

Dernières règles le 16 juillet 1933.

Pas de règles le 16 août.

Le 21 août, petites pertes rouges peu abondantes apparues sans douleurs, et qui persistent jusqu'au 5 octobre, en devenant plus brunes.

En même temps, apparition de petites douleurs abdominales du côté droit, assez peu vives pour n'avoir pas arrêté cette malade dans son travail. Pas de signes sympathiques de grossesse.

En résumé, pertes rouges, puis brunes persistantes depuis un mois et demi, survenues au cours d'un arrêt de règles de 2 mois et demi et s'accompagnant de vagues douleurs pelviennes.

A l'examen :

Malade apyrétique, sans signe d'anémie.

Le toucher vaginal révèle un utérus en antéposition, un peu gros, présentant au niveau de sa corne utérine droite une tuméfaction du volume d'une noix verte, douloureuse, de consistance rénitente, tranchant sur la sensation plus résistante du fond utérin.

Rien à gauche.

Cul-de-sac postérieur libre, non douloureux. Col déchiré de multipare, à peine ramolli.

On pose le diagnostic de *grossesse extra-utérine droite*, vraisemblablement arrêtée, sans hématocele.

Intervention 6 octobre 1933. G. CAILLOT.

Laparotomie médiane sous-ombilicale, avec excision de l'ancienne cicatrice de laparotomie.

Pas de sang dans le ventre. Quelques adhérences épiploïques lâches.

La *corne utérine droite* est déformée par une saillie de coloration violacée, du volume d'une noix verte, laissant le ligament rond nettement en avant et en dehors. La paroi utérine est très amincie, en imminence de rupture.

La *trompe droite est saine* sur toute sa longueur, et s'insère beaucoup plus haut que la trompe gauche. *Verticalisation du fond utérin à droite* (signe de Ruge-Simon).

Les annexes gauches sont normales.

On fait immédiatement le diagnostic de *grossesse interstitielle droite non rompue*, et l'on pratique une résection cunéiforme, en enlevant en totalité les annexes droites.

Hémostase soigneuse, en rapprochant les deux lèvres par plusieurs points en X, et on péritonise en rabattant sur la ligne de suture le ligament rond.

La résection cunéiforme n'a, en aucun point, ouvert la cavité utérine.

Suites très simples. La malade sort guérie le quinzième jour.

L'ouverture de la pièce montre une cavité creusée en plein muscle utérin, occupée par une masse noirâtre de caillots, au sein desquels il est impossible de reconnaître le fœtus.

La paroi supérieure est extrêmement mince, formée uniquement par une bande de tissu utérin de 1 mm. à peine, et protégée par le feuillet péritonéal indemne. Un stylet permet de cathétériser au sommet du cône enlevé, un petit canal de 2 mm. de long, vraisemblablement portion initiale de la trompe, faisant suite à l'ostium utérinum.

On reconnaît sur la pièce l'attache du ligament utéro-ovarien, au-dessous duquel a passé la résection. La portion extra-utérine de la trompe est indemne sur toute sa longueur.

Il s'agit certainement là, d'une *grossesse interstitielle intra-murale*, puisque d'une part, la trompe extra-utérine est saine, et que d'autre part, la cavité utérine n'a pas été ouverte, éliminant ainsi l'erreur d'une grossesse angulaire.

— L'erreur est plus fréquente avec la GROSSESSE ANGULAIRE qui donne au complet les triades de la grossesse extra-utérine. La tumeur annexielle est parfaitement simulée par la corne gravide, qui joue sur sa base comme sur une charnière, et possède une certaine mobilité. Le signe de Hegar, qui

n'existe pas au niveau de l'isthme, est perçu à ce niveau : c'est le *signe de Hegar supérieur*. On a donné divers procédés de diagnostic différentiel dont le meilleur est celui de Douay et Lapeyre :

« On constate une masse latéro-utérine qui peut être : tubaire, interstitielle, angulaire, ou dans un utérus latéro-dévié.

— La mise en position déclive résoud le problème de la latéro-position de l'utérus.

— Si la tumeur est rétro-utérine (signe de Bar), c'est une grossesse tubaire.

— Si elle est pré-utérine, c'est une grossesse angulaire ou interstitielle : la tumeur a des alternatives de durcissement et de ramollissement, c'est une grossesse angulaire ; la tuméfaction est toujours molle, c'est une grossesse interstitielle » (Mondor).

Le procédé de la situation du ligament rond par rapport à la tumeur (signe de Reeb), n'est applicable que le ventre ouvert, alors que l'erreur est faite dans la moitié des cas.

En pratique, le signe du changement de consistance n'est pas toujours perçu, et le diagnostic ne se fait qu'à l'intervention, témoin l'observation suivante :

OBSERVATION N° 7

FULCONIS et SCHEBAT. *In : Bull. soc. obst. gyn.*, (déc. 1934).

Mme C..., 19 ans, primipare, primigeste, qui a eu ses dernières règles le 18 juillet 1932, et présentant tous les signes subjectifs de grossesse, voit apparaître le 23 août 1932, des *douleurs dans la fosse iliaque gauche* s'irradiant vers la face interne de la cuisse gauche et du côté de l'*omoplate gauche*.

En même temps què ces douleurs, elle constate l'existence de *pertes rouges abondantes* sans apparition de phénomènes généraux graves ; les pertes disparaissent au bout de trois jours.

Tout semble rentrer dans l'ordre, lorsque le 5 septembre 1932, les mêmes troubles réapparaissent : douleurs et hémorragies deviennent plus intenses.

En présence de ces symptômes, on conseille l'hospitalisation et la mise en observation, les pertes persistent ainsi que les douleurs.

Au toucher : col ramolli, corps augmenté de volume, avec accolée à lui, une *masse lutéro-utérine gauche* dont le volume et la consistance varient de jour en jour. Rien dans le cul-de-sac de Douglas.

La réaction de Brouha est positive.

La réaction au pyramidon est négative.

En présence de ces symptômes, on pense à une grossesse extra-utérine et on conseille l'intervention.

Le 22 septembre 1932 : laparotomie médiane sous-ombilicale après anesthésie à l'éther.

L'examen de l'utérus montre l'existence d'une *grossesse angulaire gauche*. On referme l'abdomen en trois plans.

La grossesse continue d'évoluer normalement sans incident : disparition des douleurs et des pertes sanguines.

La malade est revenue en mars 1933 : grossesse de 8 mois environ évoluant dans un utérus cylindrique de type infantile, en présentation podalique. La tête est incluse dans la corne utérine gauche et le siège est au-dessus du détroit supérieur. L'utérus particulièrement tendu, ainsi que sa forme cylindrique, rendent impossible la version par manœuvres externes, la tête étant logée dans la corne utérine gauche dilatée. L'examen du bassin est par ailleurs normal.

On accepte la présentation du siège et la femme entre en travail le 29 avril 1933 ; à dilatation complète, la poche des eaux est rompue artificiellement, une procidence du cordon est alors constatée. L'extraction du siège complet est effectuée, mais le fœtus ne peut être ramené à la vie.

Les difficultés du diagnostic sont donc ici plus grandes encore, puisqu'il s'agit en général, de grossesses authentiques, simulant la grossesse tubaire. Les réactions biologiques sont plutôt une source d'erreurs.

C'est l'examen clinique prudent, et fréquemment répété qui nous permettra de percevoir le seul signe capable de faire la différenciation : *le changement de consistance*. Au besoin, on pourra le provoquer en injectant à la patiente 1/8 de lobe postérieur d'hypophyse, qui fera contracter sous les doigts le muscle utérin, alors que la tumeur interstitielle ou extra-utérine restera inerte.

L'expectative armée, avec mise au repos, sera ici encore de rigueur, jusqu'à ce que le diagnostic précis ait pu être posé.

CHAPITRE II

Les erreurs de diagnostic de la grossesse extra-utérine au moment de l'hémorragie intra-tubaire

- *avec ses 2 vomiques : péritonéale et utérine : (forme pseudo-abortive).*
- *avec un minimum de réactions péri-salpingiennes : (forme salpingienne).*

A un moment donné, au cours de son évolution, la grossesse extra-utérine provoque une hémorragie intra-tubaire. Ce moment est très variable suivant :

L'âge de la grossesse .

Le siège de son implantation .

Les traumatismes subis par la trompe gravide ;

Les causes de congestion active et passive des organes génitaux.

L'hémorragie peut même être minime et passer inaperçue jusqu'au jour où se produit la rupture et l'inondation cataclysmique.

En général, elle aboutit à la formation d'un hématosalpinx qui, à plus ou moins longue échéance, entraîne l'avortement tubaire ou la rupture tubaire, au point le plus distendu et le plus corrodé par les villosités placentaires.

Nous étudierons dans ce chapitre les erreurs auxquelles peuvent donner lieu l'hématosalpinx et

son aboutissant : l'avortement tubaire, au moment où il se produit. La rupture tubaire donne une symptomatologie différente ; elle fera l'objet du chapitre suivant.

SYMPTOMATOLOGIE

Cette période évolutive de la grossesse extra-utérine est dominée par la présence d'une *tumeur annexielle douloureuse* et qui saigne.

Lorsque l'hémorragie intra-tubaire se produit, la grossesse extra-utérine est déjà avancée, elle date d'un mois, deux mois, parfois davantage. Elle a été précédée par les trois triades de symptômes étudiés au chapitre précédent, plus ou moins au complet. Ils ont attiré l'attention de la malade sur son état de grossesse. Si ces symptômes sont passés inaperçus, le médecin devra s'efforcer, par un interrogatoire serré et un examen approfondi, de les découvrir.

La malade vient généralement consulter pour des douleurs qui s'accompagnent de métrorragies plus ou moins abondantes, survenant après son retard de règles.

1° LES DOULEURS

Elles sont variables :

a) *Locales*. — Les douleurs locales sont souvent très vives, surtout au moment où se produit l'hémorragie intra-tubaire, ou l'avortement tubaire. Elles peuvent être syncopales.

La malade se courbe en deux, cesse tout travail. Les douleurs se produisent parfois quelques heures après le coït ; elles réveillent brusquement la malade. D'autres fois, c'est l'examen gynécologique qui les déclenche. Elles sont exacerbées par

la marche, mais *elles ne cessent pas avec le repos*, ce qui est un signe distinctif important. Elles présentent des paroxysmes, coïncidant avec des poussées hémorragiques intra-tubaires ; elles s'accompagnent alors parfois d'hémorragies externes ou internes, qui les soulagent pour un temps. Les douleurs s'irradient au niveau des lombes et du périnée. Elles alarment toujours les malades et les amènent à consulter.

b) *A distance*. — Le signe de Laffont est fréquemment positif lors des hémorragies intra-tubaires, et surtout de l'avortement tubaire.

Nous ne reviendrons pas sur sa symptomatologie, mais nous nous souviendrons des nombreuses causes d'erreur que peut entraîner la douleur élevée : points pleurétiques, coliques hépatiques ou néphrétiques, perforation d'ulcus gastrique ou duodénal, etc.

Lorsqu'on pratique le toucher, on constate parfois, après l'avortement tubaire, le signe du Douglas de Proust, dû à l'irritation péritonéale par le sang épanché dans le petit bassin. Nous avons vu que c'est un excellent signe, lorsqu'il existe à l'état de pureté. Il ne peut guère prêter à confusion qu'avec la pelvi-péritonite gonococcique enflammée aiguë.

2° LA TUMEUR ANNEXIELLE

Lorsqu'on pratique le toucher, on constate la tumeur annexielle, cause de tout le mal. Elle est de volume et de consistance variables : une amande, une noix, une orange, suivant l'âge de la grossesse et la quantité de sang épanché. Elle est molle et ne présente aucune contraction. Elle est douloureuse à la pression.

La grossesse extra-utérine, à cette période, revêt parfois la forme pseudosalpingienne.

La tumeur annexielle peut paraître minime à un premier examen survenant après un avortement tubaire qui a vidé la trompe de son contenu : œufs et caillots.

Elle peut *apparaître* et *disparaître* entre deux examens successifs. C'est la « tumeur fantôme » de Riès, bien difficile à distinguer de certains ovaires scléro-kystiques, ou de certains kystes du corps jaune, qui présentent des symptômes analogues.

Elle peut présenter un siège anormal, être très loin, très haut, dans la fosse iliaque droite, attirée par un appendice chroniquement enflammé. On connaît la fréquence du « flirt appendiculo-ovarien ». Elle pourra être confondue avec une affection appendiculaire.

Elle peut être anté-utérine, simulant un fibrome du corps, un pyosalpinx adhérent.

3° LES HÉMORRAGIES

L'hémorragie intra-tubaire, et surtout l'avortement tubaire, s'accompagnent d'hémorragies internes et d'hémorragies externes. Suivant les cas, l'une ou l'autre forme prédomine.

1° *L'hémorragie interne prédomine :*

Le tableau clinique est parfois alarmant : A la suite d'une douleur plus violente que les autres, la femme pousse un cri, tombe en syncope ; on la ranime, on la remonte, elle reste pâle avec le pouls rapide (100-110), la respiration anxieuse. Elle accuse une douleur élevée. Le toucher permet de sentir la masse annexielle et, dans les cas heureux,

le signe du Douglas. Mais si le médecin n'a pas assisté à cette crise aiguë, s'il n'est appelé que dans les jours suivants, le tableau clinique s'est profondément modifié.

L'orage est calmé, la malade a parfois repris ses couleurs ; son pouls est redevenu normal. On constate du sub-ictère, une température sub-fébrile, phénomènes dûs à la résorption sanguine. Pour peu que la douleur élevée persiste, on risque de s'égarer vers diverses affections médicales. L'observation suivante est, à cet égard, fort instructive.

OBSERVATION N° 8 (résumée)

Inédite, due à l'obligeance de M. le Professeur LAFFONT.

Une jeune femme nullipare, est prise brusquement, au cours d'un voyage en Algérie, de violentes douleurs pelviennes suivies de symptômes d'hémorragie interne, alors qu'elle avait un retard de règles de quelques jours.

M. le Professeur LAFFONT consulté, diagnostique une rupture de grossesse extra-utérine sur ces seuls symptômes, car l'examen ne fournit aucun renseignement, sauf la présence d'un suintement utérin noirâtre et visqueux. Il laisse la malade en observation et fait entrevoir la probabilité d'une intervention chirurgicale.

Dans les jours qui suivent, la malade présente un peu de dysurie, elle « *pousse pour uriner* », sa température s'élève légèrement, ses téguments prennent une teinte *sub-ictérique*.

Le diagnostic de grossesse ectopique est fortement discuté. Des examens d'urines et de sang sont pratiqués et révèlent une *colibacillurie* importante et une *azotémie* marquée.

Une consultation est alors décidée à ce moment, et on admet la possibilité d'une crise de *coliques néphrétiques* ou *hépatiques* et on institue un traitement médical. Le traitement médical est continué malgré la persistance des pertes

noirâtres et visqueuses et l'expulsion d'une caduque utérine, malgré le signe du Douglas, maintenant positif, et la mobilisation douloureuse de l'utérus.

M. le Professeur LAFFONT revoit la malade un mois plus tard, elle présente encore quelques petites douleurs pelviennës, mais tout semble s'arranger lentement.

Le toucher révèle la présence d'une hématocele constituée. La trompe gauche est légèrement augmentée de volume et douloureuse.

Revue l'année suivante, la malade est en excellent état, seule persiste dans le Douglas, la signature de son avortement tubaire, sous forme d'une petite masse indurée et sensible.

La jeune femme est heureuse d'avoir évité l'intervention chirurgicale ; il est à souhaiter que des accidents occlusifs ultérieurs ne l'obligeront pas à en subir une plus importante.

2° *L'hémorragie externe prédomine*, réalisant la forme pseudo-abortive de la grossesse tubaire. Cette forme est très fréquemment rencontrée en clinique, et Mondor a pu dire à juste titre : « C'est parmi les malades désignées dans la salle commune comme atteintes de « fausses-couches », qu'une visite attentive fait découvrir les grossesses ectopiques ». Et il insiste sur le fait que, « désormais, on devrait toujours dire, se dire, dire à tous les élèves : « Il y a deux avortements : l'avortement utérin, l'avortement tubaire. »

— Comme dans la forme précédente, l'hémorragie est précédée et accompagnée de *douleurs à prédominance latéro-utérine*, et non médiane comme dans l'avortement utérin. L'hémorragie peut être très abondante, avec des caillots.

— Elle peut s'accompagner d'*expulsion de la caduque*. Lorsqu'on la constate, elle est pathognomonique, mais bien souvent la malade ne la con-

serve pas. Si elle l'aperçoit dans ses caillots, elle affirme avoir vu des débris ovulaires ou placentaires, ce qui peut induire le clinicien en erreur. Aussi, faut-il toujours conseiller aux malades de garder la totalité de ce qu'elles perdent, afin que le médecin puisse lui-même faire la différence entre le moule de la cavité utérine et les débris provenant d'un avortement.

— Le cas se complique lorsque l'avortement est *tubo-utérin*, au lieu d'être, comme c'est la règle, *tubo-abdominal*. On constate l'expulsion de l'œuf, et parfois de ses annexes, on est persuadé qu'il s'agit d'un avortement utérin. On examine alors distraitement les annexes, lorsqu'on pratique le toucher, et on passe à côté du diagnostic. Cette erreur est grave, car on fait courir à sa malade le risque d'une hémorragie interne qui peut l'emporter. Les symptômes anémiques qu'elle présentera seront attribués à tort à l'hémorragie externe. Ou bien, devant la persistance de l'hémorragie externe, on peut être amené à pratiquer un curetage qui déclanchera à plus ou moins longue échéance la rupture de la poche.

— L'erreur de la part de la malade est aussi grave, lorsque devant son retard de règles et sa triade gravidique, elle se livre à des *manœuvres abortives*. Elle provoque une hémorragie externe parfois abondante, avec des caillots, dans lesquels elle croit avoir remarqué des débris placentaires. Quelque temps après, elle vient consulter pour des métrorragies persistantes, ou des douleurs vives, ou des phénomènes infectieux. On constate une masse annexielle douloureuse, mais on ne sait à quoi l'attribuer : est-ce une salpingite consécutive à une infection post-abortum, ou une salpingite

ancienne, une perforation utérine traumatique avec hématoçèle ? Si l'on pratique à tort le curettage croyant à une rétention placentaire, on risque de rompre la poche salpingienne et de provoquer une hémorragie interne foudroyante.

LES ERREURS

Les erreurs de diagnostic de la grossesse extra-utérine sont moins fréquentes à cette période qu'à la période de début, parce que les symptômes de grossesse sont plus accusés et que l'on y pense plus souvent ; mais elle sont beaucoup plus graves, car la rupture est imminente, et que l'intervention s'impose avec plus d'urgence.

Presque tous les symptômes que nous venons de rencontrer peuvent être la source d'erreurs de diagnostic.

Nous avons vu celles qui peuvent être occasionnées par les *douleurs élevées*.

1° Voyons celles qui peuvent être causées par la TUMEUR DOULOUREUSE :

— *La salpingite et le pyosalpinx* peuvent simuler ou être simulés par l'hématosalpinx. Ils provoquent aussi une tumeur douloureuse ; cependant, les douleurs sont moins continues ; elles sont surtout provoquées par la marche ou la congestion des organes génitaux. Elles sont calmées par le repos, la glace, la vaccinothérapie. Mais la salpingite peut provoquer des irrégularités menstruelles, tout comme la grossesse extra-utérine. Elle peut s'accompagner de métrite hémorragique, pouvant faire croire à une vomique tubaire. Le fait que l'héma-

tosalpinx est unilatéral, alors que la salpingite est généralement bi-latérale, n'est pas un signe distinctif suffisant, car nous savons avec quelle prédilection l'œuf se greffe sur une trompe enflammée : La grossesse extra-utérine peut donc coexister avec un pyosalpinx.

Les formules leucocytaires en série, et la courbe de température, donneront parfois une indication précieuse. Mondor donne le schéma suivant :

« Température modérée et leucocytose oscillante : grossesse extra-utérine ; température oscillante et leucocytose uniformément élevée : salpingite aiguë suppurée. »

L'erreur qui consiste à prendre un pyosalpinx pour un hématosalpinx, ou réciproquement, est grave, car l'intervention, dans le premier cas, fait courir un gros risque léthal à la malade, en raison des risques d'infection péritonéale généralisée. Dans le deuxième cas, l'abstention opératoire fait courir le risque de la rupture, avec ses possibilités d'hémorragie cataclysmique.

L'observation suivante illustre cette dernière éventualité.

OBSERVATION N° 9 (résumée)

Inédite, Clinique obstétricale n° 2253

L... Rosa, 21 ans, entre le 21 mars 1934 pour *métrorragies et douleurs dans le bas-ventre*.

Elle aurait fait en janvier une faussè-couche de deux mois et aurait été curettée par une sage-femme.

A la suite de ce curettage, des hémorragies persistent pendant une dizaine de jours. Elle ne voit pas ses règles en février. Le 14 mars, elle recommencé à avoir des *pertes sanglantes* qui l'inquiètent parce qu'elles durent plus que ses règles normales et s'accompagnent de douleurs vagues au niveau du bas-ventre.

L'examen, pratiqué à son entrée montre un col un peu gros, légèrement entr'ouvert, de consistance normale.

L'utérus est un peu gros également, latéroversé à droite. Les culs-de-sac sont libres, mais on sent une *petite masse latéro-utérine droite*.

On pense à une métro-salpingite et on institue un traitement vaccinal.

L'examen des pertes révèle la présence de diplocoques extra-cellulaires ne prenant pas le gram et des bacilles du type coli avec du staphylocoque.

L'examen hématologique donnè les résultats suivants :

Globules rouges	3.960.000
Globules blancs	14.200
Polynucléaires	72
Lymphocytes	16
Mononucléaires	12

Le 31 mars, la malade présente des crises douloureuses pelviennes à prédominance gauche, qui s'accompagnent de *lipothymies*, de pâleur et de *refroidissement des extrémités*.

L'examen, pratiqué à nouveau à ce moment, révèle une *masse latéro-utérine droite* de la grosseur d'un poing. La pression du Douglas est très douloureuse. On pose alors le diagnostic de *grossesse extra-utérine rompue* et on opère le lendemain.

A l'intervention on trouvè des caillots et du sang emplissant le Douglas. L'utérus est dévié vers la droite, la masse annexielle est rompue au niveau de son pôle inférieur.

Salpingectomie. Guérison.

— Le *fibrome*, surtout s'il siège sur une corne, ou s'il est pédiculé, peut être confondu avec un *hématosalpinx*. Il est souvent douloureux, il peut se tordre et provoquer des douleurs presque syncopeales. On sait avec quelle facilité les utérus fibromateux saignent. Néanmoins, la consistance ferme, parfois ligneuse de l'utérus fibromateux, fera rectifier l'erreur.

L'erreur de diagnostic n'a d'ailleurs qu'une importance relative, car dans les deux cas, l'intervention est indiquée. Il faut néanmoins éviter de commettre l'erreur inverse chez une jeune fille... prolongée, atteinte de cette infirmité qui « remplace la grossesse ». Elle ne pardonnerait pas à son chirurgien d'avoir suspecté sa vertu.

— *Les gros ovaires et les kystes de l'ovaire.* — Nous avons vu précédemment avec quelle exactitude les kystes de l'ovaire simulent la grossesse ectopique, et que les difficultés du diagnostic différentiel sont parfois insurmontables. Sans insister davantage, nous nous contenterons de rapporter les trois observations suivantes :

OBSERVATION N° 10 (résumée)

Inédite, due à l'obligeance de M. le Docteur FULCONIS, ex-chef de clinique obstétricale à la Faculté. (Recueillie dans le service de M. le Professeur LAFFONT).

Mme I... est hospitalisée salle Dubois pour métrorragies succédant à une aménorrhée de deux mois.

L'utérus est gros, légèrement ramolli.

Il existe à droite une tumeur *juxta-utérine mobile*, douloureuse du volume d'une noix. Après quelques jours de mise en observation, les phénomènes hémorragiques persistent sous forme de pertes noirâtres, poisseuses, à type distillant.

La tuméfaction latéro-utérine augmente progressivement de volume.

On porte le diagnostic de *grossesse extra-utérine et*, devant la menace d'une rupture, on décide d'intervenir.

A l'intervention : on se rend compte qu'il s'agit d'un *kyste de l'ovaire droit* dont on pratique aisément l'exérèse.

Suites normales.

OBSERVATION N° 11 (résumée)

Inédite, recueillie dans le service de M. le Professeur LAFFONT par M. FULCONIS, chef de clinique, n° 652.

F... Gilberte, 24 ans 1/2, entre le 6 juin 1934 salle Dubois pour grossesse extra-utérine. Ses dernières règles sont venues normalement du 10 au 15 mars. Elle n'a présenté aucun symptôme sympathique de grossesse. Le 3 juin, elle perd un liquide séro-sanguinolent, peu abondant. Le 4, métrorragie abondante avec caillots. Le 5 les *métrorragies continuent* et s'accompagnent de *vives douleurs* pelviennes et lombaires. Elle expulse alors une « *membrane* » qu'un médecin consulté déclare être une caduque utérine. Il fait hospitaliser la malade pour *grossesse extra-utérine*.

L'examen montre un col ramolli placé tout à fait en arrière. Le corps utérin, plaqué contre la concavité sacrée est difficile à délimiter. Il est recouvert en partie par une *masse* grosse comme une mandarine, de consistance lactée peu mobile.

Le doigtier ramène du sang.

A l'intervention, on exclut difficilement les anses intestinales du champ opératoire. L'utérus est gros, d'apparence gravide. Du côté droit, il existe un *kyste arrondi*, du volume d'une mandarine, développé aux dépens de l'ovaire. La trompe, accolée au kyste, est d'apparence normale.

L'ovaire gauche est scléreux, blanchâtre, long de cinq centimètres, large de deux à trois centimètres.

Dans l'épiploon, se trouve une masse brunâtre, réniforme, longue de 4 centimètres environ, qui présente macroscopiquement l'apparence d'un embryon momifié.

On pratique l'ablation des annexes et du kysté, les trompes ne présentent aucun signe de gravidité. On enlève la tumeur épiploïque qui, à l'examen, se trouve être un kyste dermoïde de l'ovaire. Suites normales.

OBSERVATION N° 12 (résumée)

Recueillie dans le service de M. le Professeur CUNÉO à l'hôpital Lariboisière, par Maurice Mayer interne (L'Avenir Médical, page 249).

Mlle S. F..., âgée de 19 ans entre le 12 mai 1930 à l'hôpital Lariboisière, avec le diagnostic de gestation ectopique, en vue d'une intervention immédiate.

Bien réglée jusqu'en février, elle voit se produire alors un *retard de règles* de 18 jours, accompagné de *phénomènes sympathiques* et d'augmentation du volume des seins. Se considérant comme encéinte, elle se livre à des *manœuvres abortives*. Il se produisit alors un *écoulement sanguin* accompagné de coliques utérines. Cet écoulement, tout en restant modéré, se prolongea anormalement en gardant ses mêmes caractères : sang rouge liquide dépourvu de caillots et de corps étrangers.

Il diminua d'importance au bout d'une quinzaine de jours, mais persista pendant les mois de mars, avril et début de mai, s'accompagnant de coliques utérines et de douleurs lombaires. Mlle F... n'en continua pas moins à vaquer à ses occupations jusqu'au moment où l'hémorragie devint inquiétante, s'accompagnant de caillots et de douleurs intenses, c'est pourquoi elle entra à l'hôpital.

A son entrée, elle présente un *aspect anémique*. Au toucher, le col est long et ramolli, le corps en antéversion est de consistance et de volume normaux, mobile, indolore.

Dans le cul-de-sac vaginal gauche, on sent très facilement une masse mobile régulièrement arrondie, ferme, du volume d'un œuf de poule. La pression est sensible, mais non douloureuse.

Le diagnostic de *grossesse extra-utérine* est confirmé par le Professeur Cunéo et le Docteur Jacques Charles-Bloch son assistant. L'opération est décidée.

Intervention le 22 mai.

L'utérus antéversé est infantile. A gauche, au lieu du sac ovulaire que l'on s'attendait à trouver dans la trompe, se trouve un *kyste mucoïde de l'ovaire* du volume d'un œuf de poule, à pédicule court, non tordu. A gauche, ovaire scléro-kystique. Résection cunéiforme. Sympathectomie pré-aortique avec résection du nerf pré-sacré, suites normales.

Retour normal de la menstruation dans les mois qui suivent.

— *La tuberculose annexielle*, au moment d'une flambée aiguë, peut aussi simuler la grossesse extra-utérine. Elle s'accompagne de douleurs, d'hémorragies de sang parfois noir et poisseux, mais le plus souvent clair et séreux. Elle est précédée de troubles menstruels. Cependant, il est rare qu'elle donne le syndrome d'hématosalpinx. Elle s'accompagne presque toujours de réactions fébriles, et dure depuis déjà longtemps lorsque le pyosalpinx est constitué.

— *L'abcès appendiculaire* peut simuler un hématosalpinx en position anormale, mais en vérité, l'erreur ne doit pas être de longue durée. L'étude des commémoratifs, la courbe de température, et la formule leucocytaire, feront rectifier ce diagnostic d'attente.

— Nous devons signaler une autre cause d'erreur, rarement commise il est vrai : celle d'un *kyste hydatique pelvien* pris pour grossesse extra-utérine. Notre maître, Monsieur le Professeur Laffont, en a récemment présenté un cas à la Société d'obstétrique et de gynécologie d'Alger (1).

2° LES HÉMORRAGIES, lorsqu'elles prédominent, sont plus souvent encore que la tumeur douloureuse, causes d'erreurs de diagnostic, au moment de l'avortement tubaire.

a) *Si elles sont peu abondantes* : on peut croire à une *dysménorrhée membraneuse*, ou métrite déciduiforme. Cette affection est due, comme on l'admet depuis peu, à une sécrétion trop abondante d'hormone lutéinique. Elle coexiste fréquemment

(1) *Algérie Médicale* (décembre 1934).

avec des kystes lutéiniques des ovaires, dont nous avons vu qu'ils constituent déjà par eux-mêmes de fréquentes causes d'erreur.

Mais c'est une affection récidivante, qui ne peut prêter à confusion que lorsqu'elle fait son apparition pour la première fois.

b) *L'hémorragie interne* ne présente pas toujours la violence et la netteté symptomatique que nous avons décrite dans la forme classique. Celle-ci prête peu à l'erreur.

On observe parfois des hémorragies distillantes, qui provoquent un syndrome péritonéal avec ictère, ou un syndrome de pseudo-occlusion. Le signe du Douglas, fréquemment positif, fait généralement faire le diagnostic, lorsqu'on pense à la grossesse extra-utérine et qu'on pratique le toucher.

c) *L'hémorragie externe* qui caractérise la forme pseudo-abortive, donne lieu, comme nous l'avons vu, à des erreurs de diagnostic très fréquentes et très graves quant à leurs conséquences.

L'observation suivante, empruntée à la clinique obstétricale en représente un cas typique :

OBSERVATION N° 13 (résumée)

Inédite, Clinique obstétricale. N° 3107 bis.

Zinettè J... entre à la maternité le 9 octobre 1934 pour menace d'avortement.

Suppression des règles depuis deux mois.

Depuis le début de la grossesse : accès thermiques, à type palustre, amaigrissement de cinq kilogs, anorexie.

Métrorragie abondante de sang rouge depuis 24 heures.

Antécédents paludéens, anémie marquée, rate perceptible sous les fausses-côtes.

1 l'examen :

L'abdomen est douloureux à la pression, surtout au niveau de la région sus-pubienne.

Le toucher montre un col mou, petit, fermé. Le corps est impossible à délimiter par suite de la défense abdominale.

Dans le Douglas, on sent une grosse masse dure, douloureuse, du volume d'une orange, qui semble être le corps rétrofléchi.

On pense à une menace d'avortement chez une femme *paludéenne*.

La malade est mise au repos et à la glace. Vaccinothérapie préventive, traitement quinique, traitement de l'anémie par Pancrinol, Hépatrol. La malade ne saigne plus, l'état général reste bon, mais la pâleur subsiste. Le 15 octobre la malade devient subitement d'une pâleur cireuse, se couvre de sueurs froides, son état général est alarmant.

Le toucher montre alors un utérus en antéversion, de volume normal. Le fond est sous la paroi, au-dessus du pubis. Le Douglas est complètement comblé par une grosse masse rénitente, douloureuse à la pression. Le doigt ramène quelques pertes noirâtres. Le pouls est petit, la tension à 8x5 au Wacquez.

Intervention immédiate sous anesthésie générale. Il s'agit d'une *hématocele due à un avortement tubaire* de la trompe gauche qui est enlevée. Mickulicz, sérum de Normet intra-veineux. Fermeture aux fils de bronze, en un plan. Guérison.

Il est fréquent qu'un *curettage* soit pratiqué lorsque l'hémorragie persiste, faisant croire à une rétention placentaire. Cette manœuvre provoque alors, soit immédiatement, soit au bout de quelques jours, la rupture de la trompe gravide.

Voici une observation fort instructive, puisqu'il s'est agi d'une double erreur :

1° L'hémorragie externe a été prise à tort pour un avortement ;

2° Un curettage pratiqué, a provoqué un avortement tubaire dont l'hématocèle a pu simuler un pyosalpinx :

OBSERVATION N° 14 (résumée)

In : *Bull. soc. abst. et gyn.*, n° 8, octobre 1934.

Mme N..., épouse M..., 28 ans, n° 1467.

Entrée dans le service du Pr. MASSABEAU le 19 novembre 1933 pour pyosalpinx consécutif à un curettage post-abortum.

Antécédents. — Un enfant en bonne santé, une fausse couche il y a 2 ans. Paludisme.

Histoire de la maladie. — Dernières règles le 2 juillet. Le 10 septembre, douleurs légères à gauche ; le 12 septembre, *pertes sanglantes* minimes par le vagin ; la malade s'alite, mais pertes et douleurs sont peu importantes. Le 18 septembre, la malade aurait fait, au dire de son médecin un *avortement* (il y aurait eu hémorragie plus abondante, quelques douleurs d'expulsion et émission de fragments de membrane). Le 19 septembre, *curettage*, à la suite duquel les douleurs deviennent plus vives ; elles se sont localisées très exactement à gauche, dans la fosse iliaque et la région pelvienne ; les pertes sanglantes ont complètement cessé. La malade reste au lit avec quelques vomissements et les signes d'une légère réaction péritonéale. Huit jours après, apparition d'une *fièvre à grands clochers* faisant penser au réveil du paludisme, pour lequel la malade a été traitée. A l'heure actuelle, la malade est très faible et a maigri ; pas de pertes rouges depuis le curettage. Pertes blanches. Persistance d'une douleur continue vive, occupant l'hémi-abdomen inférieur gauche : anorexie, maux fréquents, température autour de 38°, constipation.

Eramen. — La malade est pâle, maigre et dolente. L'abdomen se présente plat, mais résistant dans toute son étendue, avec douleurs diffuses. La résistance est plus marquée à la palpation profonde des deux fosses iliaques et, plus particulièrement à gauche : la pression dans la fosse iliaque droite réveillant une vive douleur dans la fosse

iliaque gauche ; la pression de la fosse iliaque gauche, étant très douloureuse, et révélant un empâtement profond diffus.

Toucher vaginal. — Le pelvis est bloqué et comblé par une masse englobant l'utérus, immobilisant le col en avant et à droite, contre la paroi. A gauche et en avant, cette masse s'étale et apparaît rénitente et très douloureuse.

Traitement : enveloppements humides. Vaccinothérapie qui amène une apyréxie complète à partir du 20 décembre.

Diagnostic pré-opératoire clinique : *Pyosalpinx ? hématoécèle* après interruption de grossesse extra-utérine ?

Opération. — Le 5 janvier 1934.

Intervention. — Exploration : le grand épiploon est adhérent sur une masse pelvienne de couleur brunâtre : lorsqu'il est séparé de cette masse, on détermine une hémorragie considérable de vaisseaux épiploïques. L'utérus est rejeté en avant par une masse, plongeant dans le Douglas, et plus développée vers la gauche. La pochë latéro-utérine est perforée au cours de l'enlèvement, il s'en échappe du sang sous pression.

A l'examen histologique, il s'agit bien d'une *grossesse tubaire*.

L'erreur inverse est moins souvent observée. L'avortement étant la cause la plus fréquente des métrorragies abondantes, il est rare que l'on pense à une grossesse extra-utérine en sa présence.

Cependant, certains avortements qui surviennent chez des femmes atteintes de salpingite, de kystes de l'ovaire, ou de malformations utérines, peuvent simuler l'avortement tubaire.

En voici un exemple :

OBSERVATION N° 15

par M. JAYMES de Pau

Mme B... vient nous consulter le 26 septembre dernier. Cette malade nous dit être enceinte depuis le mois de juillet. Les dernières règles sont du 20 juillet. Elle a eu un début de grossesse *particulièrement pénible*, des vomissements

nombreux et des douleurs dans le ventre dès le début d'août.

Le 1^{er} septembre, elle voit survénir un *écoulement sanguin* assez fort. Craignant une fausse-couche, la malade entre à l'hôpital Boucicaut où elle est mise en observation. Elle reste à l'hôpital huit jours, au bout desquels la malade est renvoyée, bien que continuant à perdre toujours en rouge. Cet écoulement est du reste très irrégulier, tantôt abondant, tantôt peu important. Son sang alors est brun, noirâtre, sentant très mauvais.

Quelques jours après, elle quitte Paris. Elle est arrivée avant hier soir à Pau. Depuis hier, l'écoulement est plus important et la malade se sent très fatiguée, elle a eu plusieurs syncopes.

Mme B... est âgée de vingt-cinq ans. Toujours bien réglée elle a été enceinte l'année dernière et a fait une fausse-couche de trois mois, après un début de grossesse très douloureux. On lui a fait un *curettage*. Les suites ont été normales. Dans ses antécédents collatéraux, on remarque que ses trois sœurs sont atteintes de luxation congénitale de la hanche. L'une d'elles a fait plusieurs fausses-couches, n'ayant jamais pu mener à terme une grossesse.

Examen. — La palpation est très douloureuse dans tout l'hypocondre droit. On sent, sous les doigts, une tumeur correspondant bien à une grossesse de deux mois. Cette tumeur est déjetée à droite et donne l'impression d'être directement sous la peau.

La fosse iliaque gauche n'est pas douloureuse.

Au toucher on sent un col dur, long et fermé. Celui-ci est en position normale. *La masse utérine* paraît filer dans le cul-de-sac postérieur mais, par contre, on sent très nettement une masse dure qui vient bomber dans le cul-de-sac antérieur. Toute tentative de mobilisation fait pousser les hauts-cris à notre malade. Ajoutons que dès ce moment une sérieuse inquiétude nous empêche d'insister dans ces manœuvres.

Les annexes gauches ne sont pas perceptibles. Le cul-de-sac latéral droit est très douloureux et interdit tout examen approfondi.

Après notre examen la malade est très fatiguée, elle accuse une douleur violente au niveau de son côté droit. Sa température est de 37°8 (axillaire), son pouls à 100.

Nous décidons la malade à entrer dans notre clinique et nous prévenons le mari des craintes que nous avons d'être obligés d'intervenir, car nous « pensons » à une *grossesse ectopique*.

La malade passe une nuit assez bonne, quoique se plaignant toujours de son côté droit. Le 27, au matin, température 37°8, pouls 100. L'écoulement sanguin est assez fort. Dans l'après-midi, nous touchons à nouveau cette malade : le col est toujours long, dur et fermé. Le 27 au soir, la température monte à 39°4, le pouls est bien frappé à 120.

Le 28 au matin, nous voyons la malade qui a passé une très mauvaises nuit. Constatant au toucher que le col est ramolli et perméable, nous nous décidons à pratiquer un curettage, curettage qui sera, nous semble-t-il, surtout explorateur.

Intervention. — Anesthésie générale au balsoforme, dilatation très facile aux bougies d'Hégar. La curette ramène bien des débris embryonnaires, sentant mauvais.

Lors de la révision de la cavité utérine, nous avons la curieuse sensation qu'il existe une *paroi inter-utérine*. Cette sensation est très nette, alors que la curette rentre de 14 cm. du côté droit, elle ne pénètre que de 7 cm. du côté gauche. Quand avec la curette partant du fond de l'utérus, on suit la paroi latérale gauche, à moitié course, il se produit un ressaut et on a alors l'impression de pénétrer dans une autre cavité.

Les suites de l'intervention sont sans histoire. La malade est complètement rétablie dix jours après.

Ayant eu ainsi, lors du curettage, la sensation de nous trouver en face d'une malformation utérine, nous avons fait à cette malade, une *injection de lipiodol* et notre confrère le Docteur MAZÈRES a pris ainsi deux clichés.

Radiographie. — Ces clichés montrent que l'utérus de Mme B... est un *utérus bicorne unicervical*. La corne droite est beaucoup plus volumineuse que la corne gauche. Il semble que l'on se trouve devant une atrophie de tout le côté gauche de cet appareil génital.

La radio indique une antéflexion très nette de la corne droite de cet utérus.

L'*hémorragie intra-tubaire*, nous l'avons vu, n'est qu'une étape intermédiaire dans l'évolution de la grossesse extra-utérine. Elle peut passer inaperçue, et la rupture de la trompe gravide vient indisieusement ou brusquement forcer le clinicien à intervenir dans de mauvaises conditions. Il se trouve devant une hématoçèle enkystée, ou une inondation péritonéale qu'il n'a pas pu ou n'a pas su prévenir.

CHAPITRE III

Les erreurs de diagnostic de la grossesse extra-utérine au moment de l'hématocèle enkystée parfois infectée

SYNDROME ANATOMO-CLINIQUE

Lorsque la grossesse extra-utérine se complique d'*hémorragie interne abondante*, soit par suite de rupture tubaire, soit par suite d'avortement tubo-abdominal, le sang qui s'épanche dans le péritoine, peut se comporter de deux façons différentes :

Ou bien, il ne trouve aucun obstacle à sa progression, et envahit la grande cavité après avoir rempli le petit bassin : C'est l'hémorragie cataclysmique, à l'étude de laquelle nous réserverons le chapitre suivant.

— Ou bien, il se heurte à un barrage intestino-épiploïque préformé, qui le localise au pourtour de la trompe gravide. L'hémorragie s'arrête alors d'elle-même, lorsque la pression du sang intra-kystique devient égale à la pression artérielle.

Cette poche péri-annexielle et son contenu, constituent l'hématocèle enkystée.

On peut se demander les raisons de cette différence dans l'évolution des grossesses extra-utérines.

Parfois, la trompe gravide ne provoque autour d'elle aucune réaction, pas plus que n'en produit l'utérus gravide. Lorsqu'elle se rompt alors, elle réalise le syndrome de l'hémorragie cataclysmique.

D'autres fois, elle produit une irritation péritonéale, qui détermine des adhérences avec les organes voisins : rectum, sigmoïde, grêle, parfois cœcum, vessie, épiploon, et de ces organes entre eux. Cette irritation est due, soit à une inflammation tubaire pré-existante à la grossesse, et qui a prédisposé l'arrêt prématuré de l'œuf ; soit à de petites hémorragies répétées.

LA MASSE ADHÉRENTIELLE ET HÉMATIQUE.

a) Elle est généralement *latéro* et *rétro-utérine*, dans le cul-de-sac de Douglas, où elle trouve pour se loger une cavité spacieuse ;

b) Parfois cependant, elle est située dans le cul-de-sac vésico-utérin, c'est-à-dire en position *anté-utérine* ;

c) Il peut arriver que la rupture tubaire se fasse entre les deux feuillets du ligament large, c'est l'*hématocèle interstitielle* ;

d) Lorsque les adhérences sont serrées, et que le sang épanché est bien limité, l'hémorragie s'arrête vite et l'hématocèle atteint d'emblée son volume maximum. Elle régresse dans les jours qui suivent, par suite de la résorption sanguine, à moins qu'elle ne s'infecte au contact des germes venus de la trompe ou de l'intestin.

Cette forme *simule le pyosalpinx*.

e) Lorsque la collection est mal limitée, l'hémorragie récidive, à plus ou moins longue échéance, l'hématocèle se constitue en plusieurs temps, s'accroît à chaque poussée hémorragique. On est alors en présence de la forme à *poussées successives*.

A chacune de ces formes anatomo-pathologiques, correspond un syndrome clinique qui pourra donner lieu à des erreurs diverses, que nous allons examiner.

SYMPTOMATOLOGIE

La masse volumineuse que constitue dans le petit bassin l'*hématocèle enkystée*, provoque des phénomènes de compression et d'irritation des organes voisins, vessie et rectum. Les trois triades de la grossesse extra-utérine sont, à ce stade, plus facilement mises en évidence ; aussi le diagnostic est-il plus souvent fait qu'au début. Cependant, comme nous allons le voir, les affections qui simulent l'hématocèle enkystée sont nombreuses.

C'est généralement la *triade des réservoirs pelviens* ou la *triade douloureuse* qui incitent la malade à venir se faire examiner.

a) Elle se plaint de *coliques utérines*, ressemblant aux douleurs du travail ; plus fréquemment, de tiraillements au niveau du petit bassin. Elle présente du ténesme rectal, des épreintes, de la constipation ; « comme si une boule obstruait son rectum ». D'autres fois, c'est la dysurie qui l'inquiète, ou la contracture du sphincter, car elle « *pousse pour uriner* ».

b) En même temps que ces petits signes, elle accuse des *douleurs variées*, parfois des douleurs sourdes et continues à prédominance uni-latérale ;

d'autres fois, des douleurs élevées qui font suite à des paroxysmes de la douleur locale, à plus ou moins longue échéance, marquant les poussées hémorragiques successives.

L'attention étant attirée vers le petit bassin, on pratique alors le toucher vaginal qui fait faire des découvertes.

LA TUMEUR PÉRI-ANNEXIELLE :

1° *Elle est le plus souvent rétro-utérine* : le doigt vaginal sent le *col*, plaqué en haut, contre la symphyse. Le cul-de-sac de Douglas est comblé par une *masse* plus ou moins volumineuse, de consistance molasse, rénitente. La pression appuyée provoque une douleur qui n'est pas le signe de Proust, puisqu'elle ne s'accompagne pas de dépressibilité du Douglas. Cette masse est le plus souvent adhérente à l'utérus, et se mobilise avec lui. Parfois, la main abdominale qui pratique le palper, arrive à déceler le corps utérin derrière la symphyse; mais le plus souvent, il reste confondu sans délimitation nette avec la tumeur du Douglas, elle-même à contours flous.

C'est le cas le plus fréquemment observé. Cette tumeur ne présente guère de caractères spéciaux qui puissent la faire distinguer des diverses collections du petit bassin.

2° *Elle est parfois latéro-utérine* : C'est alors une masse peu mobile, siégeant surtout dans l'un des culs-de-sac latéraux, mais empiétant un peu dans le Douglas. Elle adhère au corps utérin et se mobilise faiblement avec lui. Elle réalise la *forme pseudo-salpingienne* de la grossesse extra-utérine, avec réaction *péri-tubaire*.

3° *Elle peut être anté-utérine :*

Le col pointe vers le haut, le cul-de-sac antérieur bombe fortement. Dans le Douglas, on sent parfois une masse plus dure, qui est le corps retroversé.

4° *Elle progresse par poussées successives.* C'est la malade qui raconte au médecin l'histoire suivante :

Depuis quelque temps, elle présente des paroxysmes douloureux pelviens, survenant à intervalles plus ou moins éloignés. Ils s'accompagnent de lipothymies, de sueurs froides et de malaises généraux. Après chaque poussée douloureuse, elle voit augmenter ses troubles de compression et son abdomen.

On l'examine : on constate du *ballonnement localisé à l'étage sus-pubien* (Signe de Nard). Le toucher permet de sentir une énorme masse empâtée, floue, molasse, douloureuse, dans laquelle on ne sent plus ni l'utérus, ni les annexes. Les culs-de-sac sont comblés ; on ne retrouve parfois du col que son orifice externe.

D'autres fois, c'est le médecin qui constate à chaque examen successif une augmentation de volume de la tumeur.

On reprend alors l'interrogatoire de la malade, on lui fait préciser l'origine de ses troubles et leur genèse, et l'on retrouve la triade gravidique, qui avait pu passer au second plan.

a) On met en évidence *l'aménorrhée*, qui date de trois ou quatre mois, masquée parfois par des *pertes sépia*, survenant au moment des époques. Mais ces symptômes n'ont pas toujours une grande valeur, car les femmes qui font des hématoécèles

enkystées, ont souvent un passé génital chargé, des irrégularité menstruelles et des métrorragies.

b) *Les phénomènes sympathiques* de la grossesse et les signes physiques qui avaient pu apparaître pendant les deux premiers mois, ont brusquement disparu avec la mort de l'œuf, ce qui a parfois éloigné de l'esprit de la malade toute idée de grossesse.

Les phénomènes généraux n'ont rien qui puisse rappeler la grossesse. Ce sont des lipothymies, parfois des syncopes qui surviennent à l'occasion de crises douloureuses.

La résorption sanguine se traduit souvent par une température sub-fébrile, d'autres fois par des accès thermiques francs qui peuvent faire croire à une affection subaiguë ou chronique des annexes, ou même à une suppuration franche. L'hématome peut d'ailleurs *s'infecter* et suppurer, comme nous l'avons vu plus haut.

Les muqueuses sont parfois décolorées, le teint jaunâtre, sub-ictérique : on pense à l'*urémie*, car l'azotémie est importante, ou à une affection hépatique.

Lorsque les symptômes présentés par la malade mettent sur la voie du diagnostic, on pratique la ponction du Douglas qui, en révélant la nature hémorragique de l'épanchement enkysté, donne la clef de l'énigme. Mais parfois, la ponction reste blanche ; d'autres fois, elle donne issue à du sang qui ne provient pas de la trompe gravide, comme nous le verrons au chapitre suivant. Elle peut encore donner du pus, lorsque l'hématocèle est infectée.

LES ERREURS

L'hématocèle enkystée dans la grossesse extra-utérine, peut être la source d'erreurs de diagnostic fort nombreuses, du fait de cette masse dont les caractères n'ont souvent rien de pathognomonique. Néanmoins, ces erreurs ont des conséquences moins souvent tragiques que dans les autres formes de la grossesse extra-utérine. Elle donne au clinicien le temps de faire les examens complémentaires. L'intervention chirurgicale qu'elle commande est, dans la plupart des cas, utile à la malade, même si le diagnostic ne se trouve pas vérifié à l'ouverture de l'abdomen. Les signes généraux et les douleurs qu'elle provoque, contribuent eux aussi, nous l'avons vu, à induire le médecin en erreur.

LES ERREURS DUES A LA TUMEUR PÉRI-ANNEXIELLE.

— Elles sont différentes suivant les formes cliniques observées, nous allons les examiner successivement :

a) LA MASSE RÉTRO-UTÉRINE peut être :

Une *rétroversion adhérente* d'origine inflammatoire, plus ou moins compliquée de salpingite. Cette affection peut s'accompagner de métrorragies et simuler une masse annexielle. Mais si une grossesse survient dans cet utérus en position anormale, il se produit bien vite des menaces d'avortement, qui peuvent en imposer pour une grossesse extra-utérine. Le diagnostic différentiel est le plus souvent impossible à faire cliniquement. On pourra dans les cas heureux percevoir le signe du *changement de consistance*, soit spontanément, soit après injection d'un huitième de lobe postérieur d'hypohyse.

— Un *kyste de l'ovaire*, soit colloïde, soit dermoïde, soit lutéinique. On sait qu'ils peuvent atteindre un volume imposant. Ils sont parfois rétro-utérins, repoussant fortement le corps en avant. Certains kystes ovariens, nous l'avons déjà vu à plusieurs reprises, simulent parfaitement la grossesse tubaire. Ils peuvent d'ailleurs coexister avec une grossesse normale, ce qui augmente les chances d'erreur. S'ils présentent des symptômes de torsion, ils déterminent des douleurs qui complètent le tableau clinique, témoin, l'observation suivante :

OBSERVATION N° 16

Par M. H. DUBOUCHER. *In : Bull. Soc. obst. gyn.*

Mme L..., 24 ans, n'a pas eu ses règles depuis 2 mois, et pendant ce temps, elle a souffert du bas-ventre et des lombes « comme lorsqu'elle attend ses époques ». Brusquement éclatè une *douleur abdominale* violente, à droite, avec irradiation lombaire et *sus-mammaire*. Il y a quelques *phénomènes dysuriques* qui ont un moment attiré l'attention sur l'arbre urinaire, mais les symptômes abdominaux prenant une importance prédominante, on a songé aussi à une rupture de grossesse tubaire. Quelques vomissements dans la journée.

Le lendemain, même état ; plus de vomissements.

J'examine la malade le troisième jour. La douleur survenant par crises très vives, s'étend maintenant à tout l'abdomen ; elle irradie au-dessus du rein droit. Le ventre, *légèrement ballonné*, respire encore dans son étage supérieur. le réflexe abdominal est conservé. La pression est très douloureuse dans la zone sous-ombilicale et dans la fosse lombaire droite ; elle est insensible dans la fosse lombaire gauche. La *défense musculaire* est très nette dans la zone *sous-ombilicale*. La sonorité hépatique est conservée ; pas de matité abdominale déclive. Quelques gaz ; pas de selle.

Le toucher vaginal fait deviner un utérus gros et mou ; la palpation abdomino-vaginale est impossible en raison de

la rigidité musculaire. Le col n'est pas refoulé. L'utérus est mobilisable sans trop de douleur si on agit doucement. Les culs-de-sac sont libres, dépressibles, non douloureux à la pression douce. Aucune tumeur para-utérine n'est perçue, mais le palper abdomino-vaginal est impossible.

Diagnostic. — Possibilité de *rupture de grossesse tubaire* sans grosse hémorragie, le faciès étant peu altéré et le pouls à 90 bien frappé. L'intervention est refusée.

Le cinquième jour la température, normale jusque-là, monte à 38°2. La malade demande à manger. La douleur se reproduit moins souvent et l'orage abdominal se calme sans autre médication que la diète et la glace sur le ventre. Petite matité abdominale déclive. La contracture de la paroi se limite plus franchement à l'étage inférieur de l'abdomen. Constipation toujours absolue ; quelques gaz. Toucher vaginal inchangé.

Le sixième jour la paroi abdominale se laisse un peu déprimer et le toucher vaginal combiné au palper fait soupçonner une *masse dans le cul-de-sac postérieur*, haut située ; le fond utérin ne peut être individualisé.

Le septième jour le fond utérin est perçu par la main abdominale en avant d'une masse sensible rétro-utérine. Les phénomènes abdominaux se prolongent quoique atténués. L'indication opératoire persiste ; l'opération est maintenant acceptée.

Laparotomie sous-ombilicale le huitième jour. Le péritoine contient un liquide séro-hématique assez abondant. L'*ovaire droit* porte un *kyste* reconnu plus tard *dermoïde*, gros comme le poing, violacé et noirâtre ; son pédicule est *tordu* et la trompe est intéressée par la torsion. Après détorsion, la trompe rougit sous le lavage à l'éther ; ovariectomie simple. Utérus de 2 mois environ.

Suites normales. La femme vient d'accoucher à terme spontanément.

Ils peuvent provoquer des symptômes généraux graves et des hémorragies intra-péritonéales impossibles à différencier de la grossesse extra-utérine :

OBSERVATION N° 17

Par MM. J. COLLE et J. MONTAGNE, de Liévin.

In : *Bull. soc. obst. gyn.*, n° 6, juin 1933, page 552.

Mme R... Robert, 30 ans, est envoyée le 22 septembre 1932 « en observation » pour *hernie sous-ombilicale* douloureuse. Il existe bien, chez elle, une petite éventration du volume d'une noix, à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, mais cette tumeur est à peine sensible à la palpation et ne présente aucun signe d'étranglement. Par contre, l'exploration des autres régions de l'abdomen fait découvrir une *douleur nette*, avec *contracture* légère, dans la *fosse iliaque gauche*.

L'interrogatoire nous apprend que cette femme a un *retard de règles* de douze jours. Elle a eu trois grossesses normales, en 1923, 1926 et 1928. Elle a subi en 1930 un curettage pour abortum de 2 mois 1/2. Sa santé est habituellement bonne. Réglée tardivement à 18 ans, ses menstruations sont irrégulières et peu abondantes.

Au toucher, le *cul-de-sac de Douglas* est douloureux et bombe légèrement. Le col est mou, le corp utérin, légèrement augmenté de volume. Malgré un pouls petit, à 110, l'état général est bon, le faciès bien coloré. Cette femme n'a ni la pâleur ni le léger ballonnement habituel des grossesses extra-utérines rompues. Cependant, en raison des symptômes du cul-de-sac postérieur et des commémoratifs, l'hypothèse d'une *grossesse ectopique* récente commençant à saigner paraît plausible, et l'on intervient immédiatement. Température normale Pas d'albuminurie.

Rachi-anesthésie. Boutonnière sous-ombilicale de 4 cm., aussitôt agrandie car l'ouverture du péritoine montre qu'il y a du sang dans le ventre. La trompe et l'ovaire gauches, vers lesquels on se dirige d'abord, sont absolument normaux. Par contre, *l'ovaire droit*, prolabé vers la gauche (ce qui explique les impressions du toucher), dans le Douglas, est *scléro-kystique*, gros comme un œuf de poule, et l'on a la surprise de constater que c'est cet ovaire qui saigne, par un pertuis de 2 cm. environ, béant dans sa partie centrale. Il s'agit d'une hémorragie en nappe, de sang rouge vif, sans caillots, dont une partie a rempli le Douglas et souillé les anses avoisinantes, environ 200 cm³ à

300 cm³ en tout. Par ailleurs, l'utérus est mou, de volume supérieur à la normale, donnant l'impression d'un début de gravidité. La trompe droite est normale, sans aucune trace de grossesse tubaire.

Les lésions de l'ovaire droit ne permettent pas sa conservation. Ablation des annexes droites sur double ligature du pédicule. Nettoyage du Douglas et des anses. Ablation de l'appendice œdématié et furgescant. On termine par une suture plan par plan qui permet la cure de la hernie sous-ombilicale pour laquelle cette malade nous avait été envoyée. Au cours de ces sutures pariétales, l'abondance inaccoutumée des hémorragies capillaires nécessite une hémostase soignée et fait penser à un trouble possible de la crase sanguine.

Suites opératoires normales, sauf le troisième jour qui est marqué par l'expulsion, sans complications, d'un petit œuf, ce qui confirme l'état de grossesse présumé.

Une coupe sagittale de l'ovaire droit extirpé montre la présence dans sa partie centrale, d'un volumineux corps jaune de grossesse, surmonté d'une cavité kystique remplie de caillots.

Examen anatomo-pathologique d'un fragment du corps jaune : « l'examen microscopique montre la présence de lobules, formés d'éléments épithéliaux volumineux. Ces lobules sont délimités par des bourgeons vasculo-conjonctifs épais. Le centre du corps jauné est formé par un noyau fibreux de tissu conjonctif adulte, non vascularisé ». (Docteur VEILLE).

Enfin, nous avons fait pratiquer, également pas le Docteur VEILLE, un examen du sang de cette malade qui montre une augmentation sensible de la vitesse de coagulation :

Temps de saignement	3 minutes
Vitesse de coagulation	17 minutes

La formule leucocytaire est normale.

— *Un pyosalpinx.* — Nous avons vu au chapitre précédent (page 50) combien le pyosalpinx donne facilement les signes physiques de la grossesse extra-utérine, en simulant sa forme pseudo-salpingienne.

Lorsqu'il existe une réaction péri-salpingienne importante, il peut être confondu avec l'hématocèle enkystée. La colpotomie rectifie le diagnostic, lorsque l'hématocèle n'est pas infectée. Les deux observations suivantes, tout à fait démonstratives, vont nous dispenser d'insister davantage.

OBSERVATION N° 18

DAMBRIEN. *In : Bull. soc. obst. gyn.*, n° 2, février 1934.

Femme de 30 ans, souffrant du ventre depuis une dizaine de jours. Début par des coliques à la partie inférieure de l'abdomen, s'accompagnant de nausées et de petites pertes de sang.

Le médecin appelé, ordonne des applications de glace sur le ventre et des injections chaudes. Les *douleurs abdominales se reproduisent* à plusieurs reprises dans les jours qui suivent et s'accompagnent d'une fièvre modérée.

Appelé auprès de cette malade, voici ce que nous constatons : faciès fatigué, pâle, muqueuses un peu décolorées (on nous dit que cette malade a nettement pâli dans ces derniers jours). La malade se plaint toujours de douleurs dans le bas-ventre, surtout du côté droit. L'interrogatoire nous apprend qu'il existe un *retard de règles de vingt jours* environ. On note des *métrorragies* légères mais continues.

Par la palpation, on trouve une masse à droite, derrière le pubis. Par le toucher, on constate que le col, un peu mou, est refoulé en avant par une *masse* qui occupe le *cul-de-sac postérieur*, et qui est de *consistance molasse*. La palpation abdominale combinée au toucher vaginal, permet de constater que cette masse, qui occupe le cul-de-sac de Douglas, se continue vers le haut avec la tuméfaction pelvienne, qui paraissait coiffer l'utérus du côté droit, et dont nous avons parlé tout à l'heure. Les annexes gauches paraissent saines. Température 38°5, pouls 100.

En raison de l'absence de pertes blanches antérieures, du retard de règles, des petites métrorragies (hémorragies distillantes), et de l'unité apparente des lésions, nous portons le diagnostic de *grossesse extra-utérine droite rompue* avec *hématocèle rétro-utérine*.

Opération. — Pratiquée le lendemain matin. Anesthésie générale : ether. Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'intervention montrè qu'il s'agissait, non d'une grossesse extra-utérine, mais d'une *annexite droite suppurée*, coiffant l'utérus avec *collection suppurée dans le Douglas*. Les annexes gauches sont enflammées, mais il n'existe pas de poche suppurée. En raison des adhérences très marquées avec l'intestin grêle qui coiffait la collection purulente, et qui adhèrait intimement à la vessie, et des difficultés de la libération ; en raison aussi de la difficulté de repérer l'utérus dont le fond était enfoncé sous la masse annexielle, et sous un bloc d'adhérences intestinales, nous avons été forcés de pratiquer une opération incomplète ; ouverture des collections suppurées avec drainage, MICKULICZ. L'hystérectomie a été renvoyée à une date ultérieure.

Les suites opératoires ont d'ailleurs été extrêmement bénignes : le Mickulicz a été supprimé dans les délais habituels, et la cicatrisation de la plaie abdominale a été obtenue au bout de 25 jours. Deux mois après l'intervention, le toucher vaginal combiné à la palpation abdominale, permet de constater que la masse qui occupait le cul-de-sac de Douglas, de même que la collection suppurée qui coiffait l'utérus à droite, ont tout à fait disparu et ne sont plus perceptibles, de sorte que la malade qui ne souffre plus, et qui n'a plus de fièvre, se déclare enchantée et ne veut pas entendre parler d'hystérectomie.

« Cette observation montre d'une manière très nette les grosses difficultés de diagnostic en présence desquelles on peut se trouver, et qui expliquent la possibilité de prendre une collection bombant dans le cul-de-sac le Douglas pour une hématocele rétro-utérine. L'erreur inverse a parfois été commise. Nous pensons que dans les cas douteux, le mieux est de faire *une ponction exploratrice du Douglas*. Dans le cas particulier, elle nous aurait permis de faire simplement une colpotomie postérieure. »

OBSERVATION N° 19

TRILLAT et Mlle CELLIÈRE.

In : *Bull. soc. obst. gyn.*, n° 8, octobre 1934.

Mme G... entre dans le service le 20 novembre 1933 pour *infection utérine* consécutive à des *manœuvres abortives*.

La malade a déjà eu quatre enfants, deux sont morts en bas âge, deux sont actuellement vivants. Il y a trois ans, elle a présenté une fausse-couche de deux mois.

Actuellement, après un retard de règles de douze jours, la malade se met à souffrir du ventre, la température s'élève, s'accompagnant de frissons, *elle avoue des manœuvres abortives*.

À son entrée dans le service, la température est à 38°6, la douleur abdominale persiste, extrêmement vive. La palpation délimite une *zone douloureuse* à la partie inférieure de l'*hypocondre gauche*.

Le toucher vaginal décèle un col dur, fermé, plaqué contre la symphyse. Le cul-de-sac postérieur est comblé par une *masse douloureuse*. On décide une *colpotomie*. Elle est pratiquée le 24 novembre. On retire un liquide hématique ; sang noirâtre mêlé de quelques caillots. Le toucher, à travers l'orifice de colpotomie, permet de sentir une masse annexielle droite, siège d'une grossesse extra-utérine. On décide l'intervention par voie abdominale.

Après laparotomie médiane sous-ombilicale, les anses intestinales apparaissent fortement distendues; l'utérus médian est augmenté de volume. On procède à l'ablation de la trompe droite collée au fond utérin. On draine par un Mickulicz, en raison des manœuvres avouées.

L'examen de la pièce montre un *avortement tubaire*. La trompe est remplie par une masse du volume d'un œuf de poule, constituée en grande partie par du sang coagulé. Les suites opératoires sont troublées par l'existence d'une suppuration abondante et très fétide, avec persistance de la température au-dessus de 38° pendant une quinzaine de jours. Cependant, le 8 janvier, la malade quitte le service entièrement guérie.

b) Lorsque LA MASSE EST LATÉRO-UTÉRINE, elle peut simuler :

Un *pyosalpinx* encore. Barret, dans sa thèse, en cite un cas fort instructif.

OBSERVATION N° 20

B... Marie, 25 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 19 février 1926 pour grossesse extra-utérine. Elle a eu un *retard de règles* de 2 mois, quelques *crises douloureuses* et des *pertes sépia*.

Toucher : col et corps utérin normaux. *Grosse masse latérale droite*, du volume des deux poings, douloureuse, assez mobile. Température : 38, 38°5. Colostrum.

Mais dans les jours qui suivent, on rectifie le diagnostic. La masse a augmenté de volume, on la perçoit au palper abdominal, dans la fosse iliaque droite. Elle sè mobilise très facilement. On pense plutôt à un *kyste de l'ovaire*.

Cependant, ce diagnostic ne nous satisfait pas pleinement, car la malade fait une élévation de température à 39°2. On est amené même à envisager la possibilité d'un *pyosalpinx*, d'autant que la vaccination s'accompagne d'une sédation des phénomènes fébriles.

Intervention 16 mars 1926 (LAPOINTE-BARRET). Laparotomie, ether.

On tombe sur une *grosse collection latéro-utérine*, ayant évolué par poussées, remontant dans la fosse iliaque droite, enveloppée par l'épiploon qui forme carapace. Le sang s'est écoulé par l'orifice de la trompe, dont l'ampoule contient un hématosalpinx du volume du poing. Annexéctomie droite. Appendicectomie. Sort guérie le quinzième jour.

Le diagnostic s'était donc posé dans ce cas avec le *kyste de l'ovaire* et le *pyosalpinx*.

En voici un autre cas dû à Tourneux et Fabre, dans lequel le diagnostic a été compliqué également par des manœuvres abortives :

OBSERVATION N° 21

Par MM. J.-P. TOURNEUX et P. FABRE

Raymondè O... âgée de 24 ans, est hospitalisée d'urgence le 22 août 1934, vers 7 heures du soir, salle Sainte-Marthe, n° 12, pour métrorragies.

Réglée à 13 ans, et très régulièrement depuis, elle s'est mariée en 1927, à l'âge de 20 ans, et a eu deux ans plus tard une grossesse à terme. Les dernières règles remontent à un mois et demi environ, et les métrorragies auraient apparu au dire de la malade à la suite d'une chute du haut d'une chaise, euphémisme traduisant en réalité des *manœuvres abortives* pratiquées deux jours avant l'hospitalisation.

L'interne de garde, ayant constaté un *utérus légèrement augmenté de volume*, avec col un peu entr'ouvert, donnant issue à un écoulement sanglant régulier, et fort de ce que la malade lui avait dit qu'elle avait expulsé la veille de gros caillots, pensa qu'il s'agissait dans ce cas d'un *avortement* encore incomplet, et pratiqua immédiatement, sans anesthésie, un *curettage* qui ramena divers débris qu'il considéra comme étant des fragments placentaires, mais dont l'examen histologique ne fut pas pratiqué.

Les suites furent parfaites pendant quatre jours, puis, au bout de ce temps, la malade accusa dans le côté gauche de l'abdomen des phénomènes douloureux dont l'intensité augmenta peu à peu : en même temps, le pouls, qui jusqu'alors était resté au voisinage de la normale, devint plus fréquent, battant de 100 à 110, pendant que la température grimpait autour de 38°. On reconnut alors, en examinant la malade, l'existence dans la partie haute du cul-de-sac de Douglas, d'une tuméfaction douloureuse au toucher, qui fut considérée comme un début de *complication salpingienne*.

Au bout de quelques jours, la médication instituée, glace sur le ventre et injections chaudes, n'amenant aucune sédation, la malade continuant à souffrir, le pouls et la température ne présentant pas de modification, et la collection bombant dans le vagin augmentant d'importance, on se décida le 11 septembre à pratiquer une colpotomie de ce que l'on considérerait comme étant un pyo-salpinx.

A la grande surprise, l'incision vaginale donna issue non à du pus, mais à un *écoulement de sang liquide*, qui ne pouvait que se rapporter à une rupture tubaire. On intervint alors immédiatement par l'abdomen, et au milieu d'un conglomérat d'anses intestinales plus ou moins agglutinées, on découvrit une trompe gauche perforée sur une certaine étendue. La trompe une fois réséquée, l'abdomen fut refermé sans drainage, après toilette du petit bassin. Les suites opératoires furent normales. L'examen histologique de la trompe montra qu'il s'agissait bien d'une grossesse tubaire rompue.

Il s'est donc agi dans ce cas d'une double erreur de diagnostic : grossesse extra-utérine prise pour une rétention placentaire, et hématocele rétro-utérine prise pour un pyo-salpinx.

La première erreur, qui s'observerait assez fréquemment, si l'on en croit SÉJOURNET, BROCC et VANVERTS, s'explique aisément, étant donné l'anamnèse, ainsi que les circonstances qui ont amené la malade à l'Hôtel-Dieu : peut-être un examen gynécologique plus approfondi, en mettant en lumière la présence d'une petite masse latéro-utérine, aurait-il conduit à plus de circonspection opératoire ? En outre, il est particulièrement regrettable que l'on n'ait pas songé à faire pratiquer l'examen du produit du curettage, car on aurait aisément reconnu qu'il ne s'agissait pas de débris placentaires, mais de lambeaux de muqueuse utérine présentant les modifications histologiques que l'on y constate régulièrement au cours de la grossesse ectopique.

Quant à la seconde erreur, elle dérivait directement de la première, car devant une malade présentant une collection enkystée du Douglas, ayant évolué sans fracas, avec augmentation régulière du poulx et de la température, et chez laquelle un curettage pratiqué quelques jours auparavant avait soi-disant ramené des débris placentaires, on ne pouvait guère songer à autre chose qu'à l'évolution d'un pyo-salpinx venu compliquer un avortement.

Elle peut être :

Un *kyste de l'ovaire tordu*, comme dans l'observation suivante :

OBSERVATION N° 22 (résumée)

*Inédite, due à l'obligeance de M. le Docteur FULCONIS
recueillie dans le service de M. le Professeur LAFFONT*

Une jeune femme entre d'urgence salle Dubois avec le diagnostic de grossesse extra-utérine fissurée et probablement infectée.

Deux grossesses normales antérieures.

Retard de règles de un mois alors qu'elle est toujours régulièrement réglée. Symptômes psychiques et sympathiques de grossesse, analogues à ceux des gestations antérieures.

Depuis une semaine, elle accuse de *violentes douleurs pelviennes* avec irradiations dans *l'épaule droite*, tendances syncopales au moment des douleurs, léger écoulement de sang marron, poisseux. Température à 39°.

Au toucher : utérus augmenté de volume. Dans le cul-de-sac latéral droit, *grosse masse du volume d'une mandarine*, très douloureuse. Douleur provoquée au niveau du Douglas. En raison de la température élevée, des phénomènes syncopaux, on pense qu'il s'agit en effet d'une *grossesse extra-utérine fissurée et infectée*.

Intervention. — Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Utérus gravide. Ovaire gauche scléro-kystique. *Ovaire droit kystique, tordu, hématique*. Il existe un léger épanchement de sang dans le péritoine. Ovariectomie gauche.

Un *abcès froid tubaire* qui, dans sa forme chronique, diffuse, rappelle en tous points le pyosalpinx ou l'hématocèle enkystée. Il survient chez des femmes aménorrhéiques, présentant parfois des pertes qui peuvent être sépia. Leur mauvais état général, l'état sub-fébrile, les syncopes dues à l'anémie, peuvent en imposer pour la forme de grossesse ectopique que nous étudions.

c) LA MASSE EST ANTÉ-UTÉRINE. — Elle peut être:

Un *abcès appendiculaire* : Nous ne pourrions que rappeler ici ce que nous en avons dit au chapitre précédent (page 56). Les signes physiques seuls sont plus accentués, la collection étant ici plus importante.

Un *kyste de l'ovaire tordu*, ou un kyste hématique de la trompe tordu, comme dans les deux observations que nous avons relevées dans le travail du Docteur Kurt Kaiser.

OBSERVATION N° 23

In Medizinische Klin, n° 31, 29 juillet 1932, par le Docteur Kurt Kaiser (difficultés du diagnostic de grossesse extra-utérine).

Mme P..., 1930, n° 727.

Une femme présentant des métrorragies très abondantes nous fut amenée, très pâle avec un pouls extrêmement faible.

Ses règles étaient terminées depuis déjà quelque temps. Après avoir eu pendant plusieurs jours des pertes sanglantes légères, une *précoce et forte hémorragie* était survenue.

A l'examen, l'utérus était gros et mou et, *en avant de lui*, se trouvait une tumeur de la grosseur du poing, rénitente, persistante après le cathétérisme.

La température étant normale, on élimina l'idée d'une tumeur inflammatoire d'origine annexielle. Devant l'abondance de l'écoulement sanguin, je penchais pour le diagnostic d'avortement, mais l'examen était plutôt en faveur de la *grossesse extra-utérine* causée par une rétroflexion de l'utérus avec, pensions-nous, une *hématocèle anté-utérine*.

L'intervention permet de découvrir un *kyste de l'ovaire* gauche gros comme un poing en avant de l'utérus.

OBSERVATION N° 24

In *Medizinische Klin*, n° 31, 29 juillet 1932, par le Docteur Kurt Kaiser (difficulté du diagnostic de grossesse extra-utérine).

Mme K..., 1930, n° 816.

Une jeune femme, toujours bien réglée est amenée avec le diagnostic d'*appendicite*.

L'examen permettait de sentir à gauche un gros utérus mou, et comprimé au-dessus par une *tumeur* de la grosseur d'une tête d'enfant, difficile à délimiter.

Sa température était à 38°, son pouls battait à 120, sa tension était de 10 m/m de mercure.

N'ayant pas lieu de penser qu'il s'agissait d'une tumeur inflammatoire, nous fîmes une ponction du Douglas qui ramena du sang.

Nous opérâmes immédiatement avec le diagnostic de *grossesse extra-utérine* avec hématocele abondante.

A l'ouverture du petit bassin, nous fîmes les constatations suivantes :

Il s'agissait d'un *kyste hématique* de la trompe gauche, tordue à 180° avec l'ovaire et déjà nécrosée.

L'ovaire droit, kystique présentait une triple torsion à 180°.

L'erreur de diagnostic s'expliquait par le fait que le kyste de l'ovaire droit plongeant dans le Douglas nous avait donné l'illusion d'une hématocele et que nous avions ponctionné l'hémato-salpinx rempli de sang nécrosé. Ainsi donc, le fait que la ponction du Douglas ramène du sang, n'est pas un signe certain de grossesse extra-utérine, le corps jaune pouvant lui aussi donner lieu à une hémorragie folliculaire qui peut être abondante.

d) *Les formes à poussées successives* peuvent donner lieu à de multiples causes d'erreur, lorsque la tumeur dépassant l'étage pelvien devient abdominale. Elle donne des signes pseudo-péritonéaux pouvant en imposer pour :

— Une *occlusion intestinale*, surtout si la compression recto-sigmoïdienne provoque un arrêt des matières et des gaz ;

— Une *péritonite tuberculeuse*, avec un énorme gâteau sus-pubien ;

— Un *kyste végétant de l'ovaire*, adhérent aux organes voisins et provoquant des troubles de compression.

Les *phénomènes généraux* peuvent induire en erreur, surtout lorsque l'hématocèle s'infecte, soit par voie de continuité, par le canal tubaire, soit par voie de contiguïté, à travers l'intestin distendu. On pratique la colpotomie et, au lieu du pus vert attendu, on constate du pus chocolat qui, généralement, met sur la voie du diagnostic.

Enfin, il faut se souvenir que la poche de l'hématocèle enkystée *peut se rompre* dans la grande cavité à un moment donné de son évolution. On s'était laissé endormir dans une sécurité trompeuse, en croyant à un pyosalpinx qu'on pensait pouvoir laisser refroidir, ou bien à une pelvi-péritonite gonococcique qu'on ne voulait pas toucher. Une inondation péritonéale secondaire se produit alors, donnant les mêmes symptômes cliniques que ceux de l'inondation primitive, que nous allons maintenant étudier.

CHAPITRE IV

Les erreurs de diagnostic de la grossesse extra-utérine au moment de l'hémorragie cataclysmique avec inondation péritonéale

SYNDROME ANATOMO-CLINIQUE

Nous avons vu, au chapitre précédent, que la trompe gravide peut se rompre en péritoine libre et donner lieu à une hémorragie qui n'a aucune tendance spontanée à s'arrêter. Le sang épanché, après avoir rempli le Douglas, remonte dans la grande cavité et s'infiltré entre les anses. Il rencontre alors une barrière, le méso-colon transverse. Il se cantonne en général dans l'espace sous-mésocolique.

Lorsque l'hémorragie atteint cette abondance, elle provoque rapidement chez la malade une *syncope* plus ou moins brutale, qui a pour effet de faire tomber au voisinage de zéro la pression artérielle et arrête, de ce fait, l'hémorragie. Mais il est rare que la syncope et l'hypotension post-syncopale se prolongent assez longtemps pour permettre à un caillot consistant d'obstruer entièrement la déchirure. Lorsque la malade revient à elle, l'hémorragie reprend à un rythme plus ou moins accéléré. On comprend que les toni-cardiaques que l'on est

tenté de lui donner pour lutter contre les phénomènes syncopaux, soient une arme à double tranchant car, en remontant la tension, ils augmentent aussi la violence de l'hémorragie.

Il faut bien savoir, cependant, que le *syndrome hémorragique* peut être plus ou moins bien simulé par le *choc péritonéal*. Une hémorragie minime peut donner lieu à des symptômes réflexes graves sans que l'on constate, par la suite, de syndrome anémique.

Les phénomènes généraux, l'anémie aiguë ou suraiguë que provoque l'hémorragie cataclysmique, obligent la malade à s'allonger. Le sang épanché se répand dans les parties déclives, remonte jusqu'à la coupole diaphragmatique, irrite les terminaisons du phrénique et provoque des *douleurs élevées*, scapulaires, brachiales ou thoraciques, qui peuvent, comme nous l'avons vu, être la cause d'erreurs variées.

Des caillots se forment entre les anses qui irritent le péritoine viscéral, provoquant la parésie de la musculature sous-jacente. Il s'en suit du *météorisme abdominal*, des coudures, parfois des phénomènes pseudo-occlusifs qui ont pu donner le change.

Mais si l'hémorragie a été d'abondance moyenne, que l'hémo-péritoine ne s'accroisse que lentement, le sang a le temps de se résorber en partie, et on assiste alors au *syndrome d'urémie*, ou au syndrome de *rétenction biliaire*.

Les erreurs de diagnostic sont rares, lorsque l'hémorragie cataclysmique est réalisée dans toute sa pureté, chez une femme présentant un retard de règles. Elles n'ont d'ailleurs, le plus souvent, que peu d'importance au point de vue thérapeutique,

car le diagnostic d'inondation péritonéale se fait dès l'entrée dans la chambre de la malade, et la laparotomie est déjà décidée avant que commence l'examen clinique. Mais il reste encore à fixer le moment de l'intervention et la voie d'abord. D'autres fois, la laparotomie est inutile ou nuisible. Par exemple, dans les cas de coliques néphrétiques ou hépatiques.

Il n'en est pas toujours ainsi, et des formes cliniques variées sont fréquemment observées. Ce sont elles qui donnent lieu à des erreurs de diagnostic, suivant que prédominent : le syndrome hémorragique, le syndrome douloureux, le syndrome péritonéal, le syndrome pelvien ou les symptômes généraux.

SYMPTOMATOLOGIE

Elle est dominée par le syndrome d'*hémorragie interne*. Nous n'insisterons pas sur sa symptomatologie classique, bien connue de tous les praticiens, et décrite avec un grand luxe de détails dans tous les traités d'obstétrique ou de chirurgie. Nous rappellerons qu'elle peut s'accompagner d'*hémorragie externe* plus ou moins abondante, pouvant simuler une menace d'avortement utérin. Nous insisterons simplement sur la *douleur vive* à point de départ *latéro-pelvien* qui ouvre la scène, et sur la fréquence avec laquelle le syndrome est déclenché par une *tentative d'avortement*, un *curettage* intempestif, un coït, ou même un examen médical.

Nous rappellerons également la fréquence, dans l'inondation péritonéale, de la *douleur tardive élevée*. Mais elle n'est une source d'erreurs de diagnostic que pour ceux qui ignorent son existence et sa fréquence, dans la rupture de la grossesse extra-utérine.

Nous nous trouvons en présence d'un ensemble de symptômes que notre maître, Monsieur le Professeur Laffont, a coutume de grouper sous le nom de *triade cataclysmique*.

Elle comprend :

1° *Les Hémorragies ;*

a) Hémorragie *interne*, qui domine la scène clinique.

b) Hémorragie *externe*, qui peut être plus ou moins abondante, dans la forme *pseudo-abortive*, au point de masquer parfois l'hémorragie interne.

2° *Les douleurs locales ;*

a) Douleur syncopale à point de départ tubaire, au moment de la rupture.

b) Douleur exquise au niveau du Douglas qui reste dépressible. C'est le signe de Proust, qui présente ici toute sa pureté.

3° *Les douleurs à distance.*

Ce sont les douleurs tardives élevées (signe de Laffont des Roumains) à siège variable, mais surtout scapulaire, qui présentent leur maximum de fréquence et d'acuité lors de l'hémorragie cataclysmique.

Cette triade cataclysmique, remplace ici la triade des douleurs que nous avons décrite dans la gros-

sesse extra-utérine à son début, lorsqu'elle n'est pas encore compliquée. Elle la complète par l'adjonction d'un syndrome nouveau qui, à cette période anatomo-clinique, prend d'emblée le premier rang de la scène clinique : *le syndrome hémorragique*.

Lorsqu'on le constate chez une femme en période d'activité génitale, il faut immédiatement rechercher l'ensemble des symptômes qui constituent la triade gravidique et la triade des réservoirs pelviens, pour confirmer son diagnostic d'impression.

Le médecin est appelé d'urgence par la famille, affolée devant la gravité du syndrome, et il apprend que la malade présentait, depuis quelques jours, de petites pertes noirâtres, après avoir eu un *retard très court de 2 mois à 6 semaines*.

A l'examen, l'abdomen est ballonné, tendu, hypersonore, avec de la matité dans les flancs si l'épanchement est abondant. Nous avons vu que ses réactions à l'inondation péritonéale peuvent prêter à confusion. Le toucher, très douloureux, permet de sentir le col un peu ramolli, le corps utérin un peu gros et mou, et surtout *le cri du Douglas*. Parfois, une petite masse molasse, latéro-utérine attire l'attention. Le doigt ramène généralement un peu de sang noirâtre et poisseux, confirmant le diagnostic.

Les *phénomènes généraux* peuvent, eux aussi, prêter à confusion :

— soit au moment de l'inondation : il existe parfois des vomissements, du hocquet, de la diarrhée, qui peuvent égarer le diagnostic vers un syndrome péritonéal aigu ou un empoisonnement ;

soit dans les jours qui suivent, si son abondance modérée a permis la survie de la malade sans intervention. On constate alors le syndrome anémique avec des phénomènes toxiques, à moins que l'hémorragie ait été minime, et que les symptômes présentés soient dus à un choc péritonéal. On voit apparaître du sub-ictère avec urobilinurie, de la fièvre, du météorisme abdominal, qui font penser à une affection médicale.

LES ERREURS

L'étude des symptômes de l'hémorragie cataclysmique nous montre qu'elle peut présenter plusieurs formes cliniques, susceptibles de prêter à erreur : la forme *péritonitique*, la forme *occlusive*, la forme *appendiculaire*, la forme *abortive*. Parfois, c'est le *syndrome pelvien* qui prédomine ; d'autres fois, ce sont les *symptômes généraux* ou les *douleurs* qui prêtent à confusion. A la vérité, toutes ces erreurs peuvent bien souvent être évitées, comme Barret le soutient à juste titre dans sa thèse. Il suffit de penser à la grossesse extra-utérine, qui est la cause la plus fréquente des hémorragies internes chez la femme, et de rechercher méticuleusement les trois triades de symptômes, comme nous l'avons montré dans le Chapitre I^{er}.

1° Le *syndrome d'hémorragie interne* chez la femme n'est pas toujours dû à la rupture de la trompe gravide. Il peut s'agir d'une rupture des plexus utéro-ovariens, d'un fibro-myome, ou d'un kyste hématique de l'ovaire, comme dans l'observation suivante :

OBSERVATION N° 25

Par MM. SARROUY et H. DUBOUCHER

Publiée à la Société de gynécologie et d'obstétrique d'Alger

Femme de 25 ans qui est prise, à 6 heures du soir, d'une violente douleur abdominale inférieure droite et de nausées.

A 2 heures du matin, on constate un *état abdominal aigu* avec défense incomplète et pouls calme, bien frappé, peu rapide.

A 7 heures 30, la douleur s'est étendue à tout le ventre. Elle est très vive, *non calmée par les applications chaudes*. Elle s'accompagne d'une sorte de *courbature postérieure thoracique et lombaire*, et aussi antérieure : « J'ai mal partout dit la malade, dans les reins et le dos jusqu'à la nuque, dans le thorax ».

Pas de vomissements, pas de nausées, quelques gaz ; pas de selles.

Le pouls est à 84 bien frappé. La température est de 37°7. Le ventre, adipeux et légèrement ballonné, est partout sensible à la pression ; la douleur est plus marquée en bas et à droite. Les muscles abdominaux sont le siège d'une certaine résistance élastique qui ne ressemble en rien à la défense musculaire des péritonites, ou même des réactions péritonéales.

A 10 heures, même tableau. Au toucher, *l'utérus est gros et un peu mou*. Sa mobilisation est très douloureuse ainsi que la pression dans les culs-de-sac. Rien de perceptible aux annexes, mais l'examen profond n'est pas possible en raison de la douleur, du ballonnement, de l'épaisseur et de la résistance de la paroi. Il y a un *retard* de 15 jours et depuis deux semaines, la malade présente des sensations prémenstruelles habituelles : « Depuis 15 jours elle attend ses règles et croit tous les jours qu'elles vont arriver. » Elle a eu des rapports et peut être enceinte ; les seins ont un peu gonflé ; l'aréole du mamelon est large, sombre ; elles montrent quelques tubercules de Montgomery. Pas de pertes rouges, pas d'expulsion de caduque, pertes blanches anciennes (métrite blennorragique).

Diagnostic. — Hémorragie péritonéale par rupture de grossesse ectopique droite.

Opération. — Petite incision le long du bord externe du muscle droit de l'abdomèn. Le péritoine contient un demi-litre de sang. La trompe droite est saine, mais la paroi de l'ovaire déchirée laisse encore écouler du sang goutte à goutte. Il semble ne pas s'agir d'un kyste lutéinique et, pour conserver l'ovairè, on fait un surjet en masse sur la déchirure et la cavité sous-jacente. L'hémorragie s'arrête; toilette du péritoine.

A gauche, trompe saine èt corps jaune en évolution sur l'ovaire.

Appendicectomie; appendice très douteux (inflammation chronique et sclérose), très long, en massue, très vascularisé.

Suites normales. Un écoulement sanguin apparaît au troisième jour, ressemblant aux règles; le sang n'a pas la couleur noirâtre et l'aspect poisseux de l'hémorragie utérine de la grossesse extra-utérine. Il n'y a pas d'expulsion de caduque.

Il peut s'agir d'une *perforation rectale traumatique*. Nous devons à M. le Professeur Duboucher une observation très intéressante par sa rareté: il s'est agi d'une perforation dysentérique du rectum chez une femme enceinte de 2 mois. Il faut savoir qu'elles existent.

OBSERVATION N° 26 (inédite)

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé DUBOUCHER

Mme X..., 32 ans, est une quartipare qui mème sa quatrième grossesse sans accidents dignes d'être signalés. Aussi, se sachant au deuxième mois, n'attache-t-elle qu'une importance minime aux vagues douleurs qu'elle ressent dans le pètit bassin.

Brusquèmènt, alors « qu'elle faisait ses courses en ville », elle est terrassée par un « véritable *coup de poignard abdominal* » qui, par son acuité, s'accompagne d'une syncope assez longue, puisque la malade ne reprend réellement ses sens que dans son lit, où on l'a transportée.

Nous sommes appelés à examiner la malade et c'est devant une femme très pâle, les muqueuses décolorées, les pupilles dilatées, le regard vague, la respiration pénible, que nous nous trouvons.

La soif est ardente, les lèvres sèches, les extrémités froides, le pouls rapide à 120-130.

Elle a essayé de boire, mais elle a vomi et, la douleur qui semblait moins violente qu'au début, a repris à ce moment avec une intensité plus forte.

Interrogée sur les signes ressentis, la malade accuse une douleur abdominale localisée au bas-ventre, maintenant diffuse, mais moins « atroce » que lors du premier accident.

A l'examen : ventre un peu ballonné, un peu tendu, nulle part de contracture, mais une légère hyperesthésie cutanée, avec tympanisme péri-ombilical très peu accusé ; les flancs droit et gauche sont nettement plus mats.

Au toucher vaginal : col mou et corps un peu gros pour l'âge de la grossesse. L'exploration des culs-de-sac ne révèle aucune masse restante, ils sont libres ; par contre, le Douglas est le siège d'une *douleur exquise* et le doigt a l'impression de rencontrer une résistance moelleuse, pâteuse, ou faiblement rénitente.

En résumé. — Il s'agissait d'un syndrome aigu de l'abdomen, s'accompagnant de signes d'anémie grave, survenant chez une femme au deuxième mois d'une grossesse en évolution avec, au toucher vaginal « un cri du Douglas » très net.

Le diagnostic de *rupture de grossesse tubaire* avec *inondation péritonéale* s'imposait ; c'est celui auquel nous nous sommes arrêté. L'état précaire de la malade nous invitait, d'ailleurs, à agir avec une extrême diligence et son transport dans une clinique fut décidé sur le champ.

Intervention. — Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale ; à l'ouverture du péritoine : ventre plein de sang, notre diagnostic semblait affirmé. Mais une rapide exploration, ramène deux trompes vides et saines, alors que les ovaires D. et G. sont normaux et l'utérus gravide. A notre stupéfaction l'origine de l'hémorragie ne semblait pas provenir de l'appareil génital.

Comme il s'agissait d'une ancienne paludéenne, nous pensons à la possibilité de rupture spontanée de la rate ; celle-ci paraît normale à l'exploration.

Le foie, examiné est mis hors de cause.

Le duodénum, l'estomac, restent aussi muets.

Perplexe, nous épongeons rapidement le sang épanché dans le petit bassin et nous « révisons » l'appareil génital très attentivement. Les ovaires ne saignent pas, les trompes ne pleurent pas du sang. Il n'existe ni sinus, ni veine péri-utérine ouverte, mais notre attention est attirée par un point ecchymotique, situé sur la face antérieure du rectum, à deux travers de doigts au-dessus du cul-de-sac de Douglas, par où bave un mince filet de sang. Un tamponnement à la compresse n'arrête pas l'écoulement, la source de l'hémorragie vient d'être découverte. Un stylet, introduit dans l'orifice punctiforme, passe dans le rectum, il s'agissait d'une *perforation de la paroi antérieure du rectum*, ayant intéressé sans doute un vaisseau hémorroïdal (veine ou plexus).

Point en bourse, enfouissement par deux points en croix, assèchement de la cavité abdominale, fermeture de la paroi sans drainage.

La guérison s'obtient après des suites post-opératoires calmes.

Nous avons pu, dans les jours suivants, interroger la malade, et nous avons appris que depuis longtemps, elle suivait un traitement anti-dysentérique pour des crises de dysentérie amibienne.

Depuis le début de la grossesse actuelle, les crises dysentériques étaient devenues plus intenses, et s'accompagnaient de ténésme et d'épreintes très pénibles, avec émission de glaires muco-sanguinolentes. La fréquence et l'acuité des dernières crises, avant la perforation, avaient été mises sur le compte d'hémorroïdes concomitantes à la grossesse; aussi, bien la malade n'avait attaché aucune importance à ces signes, qui, révélés avant l'intervention, auraient pu guider le diagnostic du siège et de la nature de la lésion.

Il nous semble toutefois qu'il était légitime de penser à la rupture de grossesse extra-utérine, devant le tableau clinique présenté par la malade. Et même si nous avions eu connaissance de la rectite amibienne en pleine évolution, notre diagnostic aurait encore hésité (sans le secours d'un examen rectoscopique) à cause de la pauvreté des signes de perforation intestinale, comparés à l'importance des symptômes d'hémorragie interne que la notion de grossesse en évolution rendait facile à interpréter.

Ces différentes causes d'hémorragie interne sont pratiquement impossibles à distinguer des ruptures de grossesse tubaire. La gravité du syndrome, l'urgence de l'intervention, ne donnent pas le temps de pratiquer les réactions biologiques qui pourraient permettre de les différencier. La ponction du Douglas ne donne pas ici la clef de l'énigme.

Il peut s'agir enfin d'une *perforation utérine* : spontanée, ou provoquée au cours d'une manœuvre abortive, que la femme se refuse à avouer.

C'est le *choro-épithéliome malin* qui réalise le plus fréquemment le syndrome d'hémorragie cataclysmique par perforation spontanée de l'utérus.

Le tableau clinique est en tous points semblable à celui de la rupture de la trompe gravide :

Etat syncopal, après douleur en coup de poignard.

Lipothymies, pouls incomptable. Métrorragies plus ou moins abondantes.

Mais, dans ce cas, le diagnostic différentiel peut être fait, et doit être fait, si l'on tient compte des anamnestiques.

MM. Creyssel et Boyer⁽¹⁾ ont bien insisté sur les caractères distinctifs de ces deux affections :

1° Dans le chorio-épithéliome malin, on ne retrouve pas la triade gravidique, ni la triade des réservoirs pelviens ; mais, par contre, on relève des antécédents spéciaux et des accidents antérieurs, dans l'histoire de la malade.

Il s'agit d'une femme qui a accouché depuis quelques mois, rarement davantage, ou qui a subi un

(1) CREYSSEL et BOYER. — *Gynécologie et obstétrique* (n° 1, janvier 1931).

traumatisme utérin : curettage ou manœuvres abortives.

Depuis cette époque, *elle n'a pas cessé de souffrir et de perdre*, aussi fait-elle remonter à cet événement l'origine de ses troubles actuels.

Lorsque la grossesse molaire, suivie ou non de curettage est constatée dans les antécédents immédiats, le diagnostic peut être fait d'emblée.

2° Le syndrome hémorragique est ici plus brutal et plus grave : il survient chez une malade rendue fragile par l'évolution de sa tumeur utérine.

3° Il existe des discordances symptomatiques : Le toucher révèle un utérus globuleux et mou, correspondant à une grossesse normale de 3 à 4 mois, alors que l'accouchement pathologique ou le curettage originels sont de date plus récente. Cet utérus présente des bosselures irrégulières et souvent, au niveau d'une des cornes, une masse arrondie qui semble faire corps avec lui, et qui peut simuler une trompe gravidé adhérente.

MM. Creyssel et Boyer en signalent plusieurs cas; nous avons relevé les trois observations suivantes qui sont tout à fait démonstratives :

OBSERVATIONS N° 26 bis

OBSERVATION 2 (REINICKE). — Femme de 26 ans, opérée d'extrême urgence avec le diagnostic d'hémorragie intra-péritonéale par *rupture probable de grossesse extra-utérine*. Inondation péritonéale ; gros utérus avec, au niveau de son fond, une perforation par laquelle fait hernie un tissu dont l'aspect rappelle celui du placenta. Porro. Examen histologique : *chorio-épithéliome typique*. Depuis 6 ans, après une grossesse, existaient de l'irrégularité des

règles et des pertes abondantes presque continues depuis un an. La malade, guérie de son opération, est examinée bien portante trois mois plus tard, mais perdue ensuite de vue.

OBSERVATION 3 (GOTTSCHALL Pauline). — Femme de 39 ans. Deux grossesses, la dernière avec avortement molaire. Signes cliniques : hémorragies, tumeur faisant saillie à droite de l'utérus, symptômes d'hémorragie interne. Diagnostic : *grossesse extra-utérine droite*. Laparotomie : utérus perforé à sa partie postérieure et droite ; métastase dans le ligament large droit ; amputation sus-vaginale de l'*utérus*. Mort quelques heures après l'opération. Diagnostic histologique : *môle maligne* se transformant en syncytiome malin (villosités molaires, épithélium à deux couches, gros bourgeons syncytiaux, cellulès de Langhans).

OBSERVATION 4 (HORMANN). — Femme de 38 ans. Retard de 3 mois 1/2 avec pertes rouges. *Masse para-utérine. Grossesse extra-utérine probable*. Pendant l'examen, syndrome d'hémorragie interne : intervention immédiate, inondation péritonéale ; au niveau de la corne utérine droite, tumeur brun rougeâtre du volume d'une orange (impression de grossesse interstitielle), point de départ de l'hémorragie ; à gauche, saillie d'un fragment de tumeur. Tout faisait penser à une grossesse ectopique, même l'anatomie pathologique macroscopique ; seul, l'examen histologique révèle le *chorio-épithéliome* malin. Bon état général pendant deux mois, puis cachexie rapidement mortelle 3 mois 1/2 après l'intervention.

2° *Les syndromes péritonéaux* peuvent être simulés par l'hémorragie cataclysmique : on pense alors à une *perforation d'ulcus gastrique*, ou à une péritonite par *perforation appendiculaire*, en présence des vomissements, de l'arrêt des matières et des gaz, du ballonnement avec défense de l'abdomen, bien qu'il n'existe pas de contracture vraie.

La *douleur élevée* à siège épigastrique, sous-hépatique ou iliaque, contribue à égarer le diagnostic, si l'on ne tient pas assez compte du retard de règles et des pertes sépia, comme le cas se produit fréquemment. On commet des erreurs dans le genre de celle-ci :

OBSERVATION N° 27

In : Thèse Rénée GAUTHERON, Paris 1934.

Observation n° 9, p. 62. Bonnet.

Mme B..., 25 ans, entre dans le service du docteur PROUST le 21 octobre pour douleur brusque, violente de la fosse iliaque droite, ayant obligé la malade à s'aliter.

Pas de vomissement.

Les phénomènes seraient apparus le 28, dans la matinée.

Le 30, après une purge, douleurs et vomissements verdâtres.

La malade entre à l'hôpital le 31, avec *arrêt des matières et des gaz* depuis la veille.

Examen : malade pâle, mais sans tendance syncopale. Traits tirés.

A la palpation, *défense musculaire* dans toute la partie inférieure de l'abdomen, mais plus marquée au niveau de la fosse iliaque droite.

Toucher : col très en arrière.

Cul-de-sac antérieur bombant dans le vagin, rénitent et extrêmement douloureux à la pression.

Les culs-de-sac latéraux sont aussi douloureux, aucune masse n'est perçue.

Le doigt ramène un peu de sang noirâtre. Cependant, la malade dit avoir eu ses dernières règles normales qui sont terminées depuis quatre jours.

Température 38°2. Pouls petit : 180.

Diagnostic : péritonite généralisée par perforation d'une appendicite.

Intervention : incision de Mac Burney. Sang.

Fermeture et incision médiane.

Rupture de grossesse extra-utérine droite.

Fermeture. Suites normales.

Lorsque la douleur et les phénomènes de choc péritonéal prédominent, on peut évoquer l'hypothèse d'une *pancréatite hémorragique* ou d'un *infarctus mésentérique*. Mais ce sont des diagnostics qui se présentent rarement en clinique. Les signes distinctifs sont peu accusés ; l'erreur est presque fatale ;

3° *Le syndrome pseudo-occlusif* est plus fréquemment sujet à erreur. Renée Gautheron en a fait le sujet de sa thèse, qui en contient de nombreuses observations.

A la vérité, la plupart de ces observations sont anciennes, et beaucoup d'erreurs signalées seraient évitées aujourd'hui, où l'on connaît mieux la symptomatologie et les formes cliniques de la grossesse extra-utérine. Nous avons relevé cependant l'observation ci-dessous, dans laquelle l'occlusion intestinale a été simulée jusqu'au bout. Il semble cependant qu'un interrogatoire plus fouillé aurait pu mettre sur la voie du diagnostic, lorsqu'on eut constaté la *douleur au niveau du Douglas*, qui restait *dépressible*.

OBSERVATION N° 28

In : Thèse Renée GAUTERON, Paris 1934.

Observation n° 2, p. 48 (résumée).

Femme de 36 ans toujours bien réglée.

Huit grossesses, dont six à terme.

De novembre 1927 au 12 septembre 1928, les règles deviennent irrégulières, sans que la malade présente, pendant cette période, de troubles gravidiques.

Dans la nuit du 12 septembre, la malade est prise brusquement, en pleine santé, de douleurs violentes dans la région sus-pubienne et de vomissements.

Le lendemain, le tableau clinique est le suivant :

Pâleur cirreuse, yeux cernés, regard fixe, respiration anxieuse, agitation, pouls à 120-130, rythme cardiaque désordonné.

L'abdomen est tendu, tympanique dans sa totalité. Fortes douleurs spontanées et provoquées au niveau des hypochondres.

L'examen génital montre un corps utérin normal, peu mobile. Le col est intact, les culs-de-sac libres ; pas de pertes blanches ni sanglantes. Le palper bi-manuel est très douloureux, et l'on ne peut explorer les annexes.

Rétention d'urine. Constipation.

Sur ce tableau clinique grave, à symptomatologie presque exclusivement abdominale, on fait le diagnostic d'*occlusion intestinale probable*.

Le 15 septembre la malade évacue spontanément une selle, mais l'abdomen reste ballonné et douloureux, les vomissements sont incessants, le pouls petit à 170, l'état général bas. Le 16 septembre, intervention : professeur MASCI. Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. A peine le péritoine est-il ouvert, qu'il sort de la cavité abdominale une quantité abondante de sang liquide.

Les anses intestinales sont fortement distendues. L'exploration des organes génitaux permet de reconnaître l'existence d'une *grossesse tubaire droite* avec une grande quantité de caillots dans le Douglas.

Ablation de la trompe gravide.

Suites normales.

Dans ce cas aucun signe ne pouvait nous guider vers le diagnostic de grossesse extra-utérine.

Pas de retard de règles, pas de pertes sanguines par le vagin, pas d'expulsion de caduque.

Pas de phénomènes sympathiques de grossesse. Pas de signes cliniques au niveau de l'appareil génital.

« Le météorisme abdominal est un phénomène constant qui accompagnè la grossesse extra-utérine au moment de l'avortement tubaire ou de la rupture de la trompe gravide ».

4° *Le syndrome appendiculaire*, dans sa forme toxémique, a été fréquemment confondu avec l'hémorragie interne due à la rupture de la grossesse tubaire, lorsque celle-ci provoque une douleur latéro-pelvienne droite, qui s'irradie vers la fosse iliaque droite, et s'accompagne de réactions péritonéales. Ce sont néanmoins des erreurs que l'on doit éviter lorsqu'on pense à la grossesse extra-utérine, et que l'on recherche avec soin ses trois triades. Il n'y a d'ailleurs jamais de contracture vraie.

Nous avons recueilli celle-ci dans la thèse de Renée Gautheron :

OBSERVATION N° 29

In : Thèse Renée GAUTHERON, Paris 1934.

Observation n° 8, page 61.

Grossesse extra-utérine à forme pseudo-appendiculaire.
LIEUTAND.

Mme B..., 38 ans, entre le 29 novembre, salle Léon-Lefort, pour douleur de la fosse iliaque droite.

Toujours bien réglée depuis l'âge de 14 ans.

Il y a trois ans, elle eut une hémorragie ayant duré 15 jours.

Deux accouchements normaux.

Dernières règles le 5 novembre et, jusqu'au 27 novembre, rien de particulier.

A ce moment, *pesanteur périnéale*, pas de pâleur, pas de douleur, pas de vomissement.

Le 30, douleur brusque dans tout le ventre, suivie de vomissements.

La douleur se localise ensuite dans la *fosse iliaque droite*. Pas de matière, ni de gaz.

Le lendemain, elle entre à l'hôpital.

Elle n'a pas présenté la moindre tendance à la syncope. ni aucune perte.

Examen : pâleur peu marquée, pas de tendance syncopale, pouls 100, température 38°, langue humide.

La palpation révèle de la douleur au niveau de la fosse iliaque droite.

Contracture légère étalée.

Toucher : col en avant.

Culs-de-sac souples, indolores.

Le doigt ne ramène pas de sang.

Diagnostic : *appendicite*.

Intervention : incision de Roux.

Fermeture de l'incision iliaque.

Incision médiane sous-ombilicale.

Rupture de grossesse extra-utérine droite.

A noter que l'ovaire gauche présentait un kyste hématique.

5° *La forme abortive*, peut être cause d'erreurs, par une *abondante hémorragie externe*, à laquelle on rattache les symptômes d'anémie suraiguë présentés par la malade. Si l'hémorragie a été provoquée par des manœuvres abortives, ou que l'on manque de renseignements sur la quantité de sang perdu par le vagin, on est en droit de penser qu'il s'agit bien d'un *avortement*. C'est ici que la constatation du signe de Proust permet de compléter et de rectifier le diagnostic.

Cette forme est d'ailleurs peu fréquente, car la rupture tubaire cause rarement une hémorragie externe avec caillots, aussi abondante que celle d'un avortement.

OBSERVATION N° 30

M. Paul TRILLAT et Mlle CELLIÈRE

In : Bull. soc. obst. gyn., n° 8, octobre 1934, page 523.

Mme M... entre dans le service le 6 juin 1931 pour une *hémorragie* consécutive à une *injection intra-utérine*

Ses antécédents obstétricaux sont normaux. Pas de fausse-couché, une fillette âgée de sept ans, bien portante. Les dernières règles remontent au 14 avril 1933. N'ayant pas eu ses règles au mois de mai, la malade pratique des *manœuvres abortives*. Elles déclenchent dans les jours qui suivent, dès *douleurs violentes* dans le bas-ventre et les lombes, accompagnés d'un léger suintement sanguin. Puis la température s'élève le cinquième jour à 41° après un grand frisson solennel. Son médecin traitant l'envoie à l'hôpital.

À son entrée dans le service l'état général est grave, la température reste à 39°6, l'hémorragie est minime, mais de violentes coliques utérines persistent.

Le toucher vaginal permet de sentir un col légèrement ramolli admettant à peine la pulpe du doigt. La palpation du fond utérin est douloureuse.

Dans la nuit même, prise subitement de violentes douleurs, la malade meurt.

L'autopsie médico-légale pratiquée par le Professeur Etienne-MARTIN montre l'existence d'une *grosse hémorragie* péritonéale avec caillots dans le Douglas. La trompe droite présente sur sa face postérieure une déchirure d'environ 2 cm. L'utérus est inhabité, sans trace d'insertion placentaire.

6° *Les syndromes pelviens*, lorsqu'ils s'accompagnent d'une douleur brusque avec des symptômes d'hémorragie interne, peuvent être confondus avec une rupture de grossesse tubaire.

La *torsion d'un kyste de l'ovaire*, avec une *hémorragie intra-kystique*, est d'autant plus difficile à diagnostiquer que les kystes de l'ovaire, nous le savons, simulent fréquemment la grossesse tubaire. Heureusement, ces deux affections, l'une comme l'autre, commandent l'intervention immédiate et par la même voie d'accès.

Il en est de même de la *rupture d'un kyste hémattique*, elle aussi pratiquement impossible à diffé-

rencia de la ruptura d'une hématocele enkystée, nous en avons eu un exemple par notre observation n° 25 ;

7° Les *syndromes généraux et la douleur élevée* peuvent simuler parfaitement des affections médicales, comme la *collique néphrétique* ou *hépatique* ; on comprend la gravité de l'erreur commise, si on traite médicalement cette rupture de la trompe gravis.

Ici encore, c'est l'examen complet de la malade, la recherche attentive des trois triades, qui permettra de redresser le diagnostic, comme cela s'est produit dans l'observation suivante :

OBSERVATION N° 31

J. SCEMLA (Tunis), *Vichy Médical*, n° 5, mai 1934

Mme F..., sage-femmè, vient se faire examiner le 3 janvier 1931 Elle présente un retard de règles de trois mois et des signes de grossèsse normale au début.

Le 23 janvier elle est prise brusquement d'une *douleur* très vive au *creux épigastrique*, suivie de vomissements alimentaires puis bilieux qui l'obligent à s'aliter. Elle souffre atrocement de l'*estomac* avec irradiation dorsale *entre les deux omoplates*. Les douleurs surviennent par crises. La voix est cassée, le faciès altéré, les lèvres livides, le front et le nez couverts de sueurs froides. La malade se plaint d'éblouissements pendant les crises douloureuses.

A l'*examen* : *Abdomen souple*, sauf au niveau du creux épigastrique et de l'hypocondre droit. Le foie n'est cependant pas augmenté de volume, mais la pression au niveau du point vésiculaire, réveille instantanément une douleur très vive suivie de nausées. *Tout le trajet du phrénique droit est sensible*. Le point scalénique est particulièrement net. Partout ailleurs, le palper ne révèle rien d'anormal, sauf cependant au niveau de la région ovarienne gauche,

mais la résistance douloureuse trouvée à ce point, n'a aucun rapport avec l'extrême sensibilité du creux épigastrique, et surtout de la *région vésiculaire*.

Le pouls, difficile à trouver, tant il est petit, dépressible, bat à 70. La température est à 37°.

En somme, il s'agit d'un syndrome douloureux de l'étage supérieur droit de l'abdomen, avec irradiation dorsale, vomissements fréquents et *point vésiculaire*.

Nous demandons cependant à compléter notre examen par le toucher vaginal et, à notre grande surprise, nous constatons que la malade *perd un peu de sang noirâtre*. L'utérus est toujours gros, mais à contours plus flous, mal délimitables. Il est toujours en bonne position, mais le col est long et fermé. Le cul-de-sac vaginal gauche est très sensible, mais il est impossible de sentir une masse quelconque, en raison aussi de l'épaisseur de la paroi abdominale.

Le cul-de-sac droit est indolore. Le postérieur enfin, touché soigneusement et longuement, réveille bien un peu de douleur, mais celle-ci ne rappelle en rien la sensibilité presque syncopale du Douglas que l'on constate en cas de rupture de grossesse tubaire.

Nous demandons alors l'aide d'un chirurgien. Une demi-heure après, le Docteur BRUN est appelé en consultation. Mais déjà l'aspect de la malade s'est transformé. La soif d'air est plus nette, les vertiges et les lipothymies se sont répétées. Enfin, le toucher vaginal provoque le cri du Douglas qui manquait au tableau classique.

A l'intervention : Il s'agissait bien d'une rupture de grossesse tubaire gauche avec inondation péritonéale. La quantité de sang épanché dans l'abdomen pouvait s'évaluer à 1 litre 1/2, les anses intestinales disparaissaient sous une mare de sang et de caillots qui remontaient sous le diaphragme.

Salpingectomie gauche, fermeture de l'abdomen. Aussitôt après l'intervention, le pouls devient rapide à 140, mais il est déjà beaucoup mieux frappé.

Suites normales, vers le sixième jour, la malade présente des coliques utérines qui dureront toute une nuit et aboutirent à l'expulsion d'une caduque triangulaire, moulant la cavité utérine.

Si le médecin n'est appelé que dans les jours qui suivent l'inondation, lorsqu'elle s'est arrêtée spontanément (mais elle ne tardera pas à se reproduire), il constate un *syndrome anémique aigu avec subictère*, et son embarras peut être grand. Si le syndrome péritonéal et toxique qui accompagne généralement ces formes est très marqué, il commande la laparotomie exploratrice, qui montre l'inondation péritonéale, et permet d'en découvrir et d'en traiter la cause.

D'autre fois, c'est une *hémorragie distillante* qui provoque le syndrome : elle est possible dans l'*hématocèle enkystée et fissurée*, ou dans la forme *tubo-interstitielle*. C'est le cas dans l'observation suivante :

OBSERVATION N° 32

Inédite, Clinique obstétricale (résumée).

Une jeune femme, présentant un *retard de règles* de quelques semaines et des symptômes gravidiques, vient consulter parcequ'elle se plaint de *douleurs* au niveau de la *région hépatique*.

Son foie est normal, la vésicule, indolore n'est pas perçue à la palpation.

Quelques jours plus tard, on constate l'apparition d'un *ictère* qui s'accompagne de vomissement et d'un *syndrome péritonéal*.

Le toucher révèle une douleur légère au niveau du cul-de-sac latéral droit dans lequel on sent la masse annexielle un peu augmentée de volume.

Le diagnostic reste hésitant, on ne sait à quoi attribuer cet ictère au début d'une grossesse. On pense en outre à une *salpingite* droite, à cause de la tumeur annexielle douloureuse.

On intervient pour le syndrome péritonéal. On tombe sur une inondation péritonéale.

Il s'agissait d'une grossesse tubo-interstitielle droitè rompue *qui saignail goutte à goutte*.

Cette hémorragie distillante avait provoqué le syndrome péritonéal et l'ictère, mais sans donner de signe d'anémie ; aucun symptôme de gestation ectopique, si ce n'est l'augmentation de la tumeur annexielle, sans douleur véritable.

Nous avons vu que dans certains cas, l'inondation cataclysmique déclanche un syndrome d'*intoxication suraiguë* avec vomissements, hocquet, coliques, parfois diarrhée profuse, ataxo-adynamie, ayant pu autrefois faire croire au choléra et pouvant, pendant un certain temps, égarer le diagnostic et retarder l'intervention.

D'autres fois, on pourra craindre un *empoisonnement*, et si la mort rapide survient avant qu'un diagnostic ait été posé, il pourra s'en suivre une autopsie médico-légale, comme le cas s'est produit dans l'observation n° 30, et dans l'observation suivante :

OBSERVATION N° 33

F. LAGROT. In : *Bull. soc. obst. gyn.*, (juin 1933, page 491).

Août 1921 — Une femme de 35 ans, veuve, tenancière de café (Jemmapes, Algérie), est prise un dimanche soir à 9 heures au retour d'un *dîner aux moules*, d'une *brusque douleur* dans le bas-ventre, à tendance syncopale. Elle s'allonge, puis se relève, retourne à son comptoir jusqu'à minuit, et passè une nuit tranquille.

Le lundi matin à 9 heures, une *douleur plus violente* la saisit, suivie d'une syncope. Je suis appelé alors et me trouvè en présence d'une femme extrêmement pâle, qui se plaint de la *région vésiculaire et de l'épaule droite*. L'entourage parle d'une *intoxication criminelle par les moules*. Impressionné malgré tout par le pouls à 130, la pâleur, je pratique un toucher : le Douglas est douloureux, mais semble ne rien contenir. Pas de tuméfaction des culs-de-sac.

A 10 heures, le pouls est à 140, la douleur est intolérable dans la région sous-hépatique ; la pâleur a augmenté.

Pendant qu'on recherche une automobile pour transporter la malade à Constantine et l'opérer, celle-ci se lève, est prise d'une syncope, s'affaisse et meurt sur place.

Le doute d'intoxication continuant à planer, et moi-même restant très impressionné par cette douleur sous-hépatique, dont j'ignorais la signification, l'autopsie fut demandée.

Je trouvais l'abdomen rempli de sang liquide et de caillots, la trompe droite gravide rompue, et parmi les caillots, un œuf d'un mois et demi environ.

Les erreurs de diagnostic de la grossesse extra-utérine, au moment de l'*hémorragie cataclysmique*, sont moins fréquentes qu'aux autres périodes, et elles ont moins fréquemment des conséquences graves, car l'intervention est indiquée dans la plupart des cas.

Il suffira de se souvenir qu'elle peut simuler des affections médicales, coliques hépatiques ou néphrétiques, les empoisonnements, le syndrome anémique avec urémie et sub-ictère qui eux, ne sont pas justiciables d'une intervention chirurgicale.

Lorsque le médecin sera appelé pour ces syndromes, auprès d'une femme présentant un retard de règles avec pertes sépia, il faudra qu'il pense à la possibilité d'une grossesse extra-utérine rompue, et en recherche les triades, car elle commande impérieusement l'intervention chirurgicale d'extrême urgence.

CHAPITRE V

Les erreurs de diagnostic de la grossesse extra-utérine, dans sa variété dite abdominale

SYNDROME ANATOMO-CLINIQUE

Nous venons d'étudier, dans les chapitres précédents, la grossesse extra-utérine à son début, puis au cours des complications qu'elle provoque. Ce sont les cas les plus fréquemment observés en clinique. Il est rare, en effet, que la grossesse extra-utérine dépasse le troisième mois sans être interrompue par une complication : avortement ou rupture tubaires.

Il est des cas, cependant, où l'évolution de la grossesse extra-utérine se poursuit plus ou moins longtemps, parfois même jusqu'à terme, sans causer de complications graves mettant la vie de l'œuf en danger, et sans attirer spécialement l'attention de la malade ou de son médecin.

Ces cas deviennent de plus en plus rares aujourd'hui, parce que les malades s'observent mieux et sont mieux averties ; que les médecins et les sage-femmes connaissent mieux les symptômes de début de la grossesse extra-utérine, et envoient plus souvent leurs malades au chirurgien.

Mais il est encore des femmes négligentes qui ne s'inquiètent pas de leur grossesse douloureuse, ou prennent leurs métrorragies pour des règles ou, sous prétexte qu'elles sont « dures au mal », ne se font pas examiner au moment où le diagnostic pourrait être fait facilement.

La grossesse extra-utérine peut rester tubaire tout au long de son évolution, sans provoquer d'avortement ou de rupture. La trompe s'hypertrophie, se dilate, et continue à envelopper l'œuf et ses membranes. Mais il faut, pour cela, que le placenta soit inséré au niveau du bord adhérent de la trompe, au contact du muscle utérin qui s'hypertrophie lui aussi pour nourrir le fœtus. Il peut d'ailleurs se rompre, tout comme la trompe, à un moment donné de l'évolution de la grossesse extra-utérine. C'est surtout au moment du faux-travail qu'il se rompt, faisant croire à un décollement prématuré du placenta, à un placenta prævia, ou à une déchirure utérine, au cours d'une grossesse normale.

Mais la grossesse extra-utérine qui continue à évoluer, est bien plus fréquemment *abdominale*.

— Elle peut être *primitive*, l'œuf se greffant d'emblée sur le péritoine ;

— Elle est le plus souvent *secondaire*. Elle fait suite alors à un avortement ou à une rupture tubaires, n'ayant pas occasionné d'accidents graves, et n'ayant pas provoqué la mort du fœtus. Il conserve ses attaches placentaires, et poursuit son évolution dans la cavité abdominale ;

— La rupture peut encore se produire au niveau du *ligament large*, en cavité close, l'hémorragie est limitée. L'évolution intra-ligamentaire se poursuit,

donnant lieu à de nombreuses erreurs d'interprétation, comme en témoignent nos observations n^{os} 34 et 39.

SYMPTOMATOLOGIE

La grossesse extra-utérine, dans sa variété dite abdominale, présente parfois des symptômes très protéïformes, et son diagnostic est souvent difficile à poser.

Certains caractères permettent d'identifier *la tumeur abdomino-pelvienne* : Le ventre de la femme est distendu par une tumeur ovoïde, mais *disposée transversalement*. Elle est souvent *bosselée* à la palpation, et les parties fœtales qui sont perçues, ont l'air d'être *sous la peau*. Mais si des poussées de péritonite chronique ont provoqué une coque de fausses membranes, ces sensations deviennent très floues.

Si l'enfant est vivant, on entend les bruits du cœur fœtal, et l'on perçoit avec plus ou moins de netteté les mouvements actifs, mais à aucun moment, on n'a la sensation de *contractions de la tumeur*, comme dans un utérus normal. C'est le signe qui a la plus grande valeur, au point de vue du diagnostic différentiel.

En présence de cette tumeur abdomino-pelvienne, on pratique le toucher, qui fait faire des constatations intéressantes : le col, difficilement accessible, est ramolli, mais moins que dans la grossesse normale. Dans les culs-de-sac, surtout dans le Douglas, on sent une tumeur volumineuse, qui bombe fortement et dont on peut apprécier parfois la constitution : siège ou sommet. Si le fœtus n'est pas fixé par des adhérences, on sent le *ballottement fœtal*.

Si le placenta est inséré dans l'excavation pelvienne, on sent, en avant de la tumeur, des battements artériels, qui dénotent une circulation intensive.

Dans les cas heureux, on peut différencier l'utérus de la tumeur fœtale. Si le diagnostic est hésitant, une injection d'hypophyse amène des contractions de l'utérus, alors que la tumeur reste molasse.

Mais bien souvent, l'hésitation ne semble pas permise : on prend le kyste fœtal pour un utérus gravide, et l'utérus vide pour une tumeur prævia.

Lorsqu'on pense à compléter l'examen par le *toucher rectal*, il donne presque toujours des sensations fort instructives.

Le fœtus, enveloppé ou non de ses membranes, se comporte comme un corps étranger au milieu des anses intestinales. Il provoque des poussées de péritonite chronique qui se traduisent par des douleurs variées, des phénomènes de compression, des adhérences, des coudures, des brides, entraînant des symptômes anormaux qui prêtent à confusion.

Les *douleurs* sont souvent très vives, surtout à l'occasion des mouvements actifs du fœtus, qui peuvent causer un véritable supplice à la mère.

Au moment du *faux-travail*, qui survient au voisinage du terme, ou au moment de la mort du fœtus, les douleurs ressemblent à celles de l'accouchement.

Les *phénomènes de compression* sont multiples, au niveau de la vessie, du rectum, de l'urètre, des uretères.

Les *métrorragies* sont fréquentes et contribuent souvent à égarer le diagnostic.

L'expulsion de la caduque a une grosse valeur lorsqu'on la constate, ce qui est rarement le cas. Elle ne signifie pas toujours la mort de l'œuf.

Si le kyste fœtal se rompt, ou si le placenta se déchire, on peut observer une véritable inondation péritonéale, avec tous ses symptômes : syncope, vertiges, pâleur avec accélération du pouls, etc..., qui compliquent le tableau clinique.

Si aucune de ces complications ne se produit, le fœtus peut arriver à terme, mais alors le diagnostic d'ectopie n'ayant pas été fait, il meurt au moment du faux-travail.

Dans l'immense majorité des cas, le fœtus meurt avant terme, et les règles reviennent au bout de deux mois environ. Il est plus ou moins bien toléré par l'organisme.

Il diminue de volume, se déshydrate et s'incruste de sels calcaires, c'est le lithopédion, bien difficile à reconnaître cliniquement, à travers sa coque d'adhérences péritonéales et épiploïques.

Souvent, il occasionne des désordres graves, qui peuvent ne pas être rattachés à leur véritable cause. Il peut se *putréfier* au contact des germes septiques de l'intestin. S'il se rompt, il cause alors une péritonite, rapidement généralisée, après avoir eu un point de départ anormal, qui peut égarer le clinicien. Si le pus tend à se faire jour à la peau ou vers un organe creux du voisinage : intestin, vessie, rectum, vagin, utérus, il peut orienter le diagnostic vers des affections de ces organes, ou bien faire croire à un abcès ossifluant. Heureusement, la *radiographie*, en montrant le petit squelette, redresse bien des erreurs du diagnostic clinique. D'autres fois, des fragments d'os sont éliminés.

Enfin, par ses adhérences, il peut provoquer de véritables *occlusions intestinales*. Chez les femmes âgées, elles peuvent faire croire à un néoplasme, et porter un pronostic fatal, si l'origine de la tumeur n'a pas été mise en évidence par les commémoratifs, parfois lointains et oubliés.

LES ERREURS

La symptomatologie de la grossesse extra-utérine dans sa variété dite abdominale, est très différente, suivant l'âge de la grossesse au moment où l'examen est pratiqué pour la première fois.

Mais deux groupes de cas bien distincts peuvent surtout se présenter en clinique :

1° Le *diagnostic de grossesse est fait* par la constatation des signes de certitude, et le *diagnostic d'ectopie n'est pas fait* : on croit à une complication survenant au cours d'une grossesse normale ;

2° Le *diagnostic de grossesse n'a pas été fait*, et on se trouve en présence d'un œuf mort, en rétention depuis un temps plus ou moins long ; c'est le diagnostic d'une *tumeur abdominale* qui se pose.

1° On fait le *diagnostic de grossesse, mais on ne pense pas qu'il s'agit d'une extra-utérine*.

— L'erreur est grave, nous l'avons vu, lorsque le fœtus *arrive à terme*, car il meurt au moment du faux-travail, si la laparotomie n'est pas pratiquée à temps. Les douleurs du faux-travail sont prises pour des douleurs expulsives de l'accouchement. La vie de la mère est également en danger, comme le prouve l'observation suivante :

OBSERVATION N° 34

In : Thèse René PALLIEZ, Lille 1927, n° 221, page 167.

TISSIER. — Grossesse intra-ligamentaire à terme, infection rapide de l'œuf au cours du faux travail, ouverture du kyste dans l'utérus. Mort de l'enfant et de la mère. *Bull. Soc. obst. de France*, 1909.

Ipære, ayant présenté les symptômes d'une grossesse normale, sauf quelques douleurs vers le troisième mois. Au moment du travail, une sage-femme est appelée ; le *travail traîne en longueur*. 27 juin, douleur subite violente, accompagnée de choc, *écoulement du sang par le vagin*. On la fait transporter à l'hôpital avec le diagnostic de *rupture utérine*. Là on pense au décollement prématuré du placenta. L'enfant est vivant : écoulement fétide, température 39°, pouls 140. Un ballon est placé dans le col, la dilatation est achevée manuellement. Utérus vide. Opération d'urgence dans la nuit. Il s'agit d'une *grossesse extra-utérine, intra-ligamentaire droite*, liquide amniotique boueux, intestin vascularisé, péritoine dépoli. Extraction du fœtus mort depuis peu, marsupialisation, mort rapide de la mère. À l'autopsie, on constate que le kyste s'était ouvert dans l'utérus, sur le bord droit duquel le placenta était partiellement inséré.

Si la femme vient consulter parce que sa grossesse est douloureuse, ou parce qu'elle a des métrorragies, ou des troubles de compression, plusieurs sortes d'erreurs peuvent être commises, dont nous allons donner des exemples, empruntés pour la plupart à la thèse de René Palliez (1).

La *douleur*, lorsqu'elle siège dans la fosse iliaque droite et s'accompagne de contracture, du fait de la réaction péritonéale, peut simuler une crise *d'appendicite aiguë*, témoin l'observation suivante:

(1) René PALLIEZ. — Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine dans sa variété dite abdominale. (Thèse Lille 1927.)

OBSERVATION N° 35

In : Thèse René PALLIEZ, Lille 1927, n° 314, page 200.

A propos d'une grossesse péritonale.

Bull. soc. obst. et gyn., Paris 1912, n° 1, p. 98.

Trente ans, iparè. Les règles s'arrêtent fin août 1911. Quelques malaises au début de la grossesse. Sent remuer à 4 mois 1/2, soit courant de janvier 1912. A la fin janvier, *douleur abdominale* brusque et intense. Douleur maxima à droite, pas de vomissement, peu de fièvre (38°), pouls 90. Le ventre est gros, la palpation très douloureuse : contraction, résistance nette dans la fosse iliaque droite. Auscultation négative. Toucher : *légère métrorragie*, rien dans les culs-de-sac vaginaux, col mou, gros, entr'ouvert. Le fond de l'utérus semble remonter jusqu'à l'ombilic.

Diagnostic : *appendicite et grossesse*, mais la grossesse semble compromise du fait que l'auscultation est négative, et que la femme ne sent plus remuer. On décide de pratiquer l'appendicectomie. Opération le 13 février 1912.

Après incision au point de Mac Burney, et allant à la recherche de l'appendice, on amène au dehors, un pied de fœtus. On referme et on pratique la laparotomie médiane : fœtus libre dans la cavité abdominale : sans aucune membrane. Le placenta est fixé sur le pavillon de la trompe gauche, complètement extra-tubaire. Il est gros comme une mandarine. Extraction du fœtus. Ablation de la trompe gauche. La tête du fœtus, complètement aplatie, est coincée entre le foie et le rein.

Guérison.

Réflexion. — La mort du fœtus qui s'est produite au moment de la crise douloureuse, a été vraisemblablement due à l'écrasement de sa tête entre le foie et le rein de la patiente.

On peut incriminer un *kyste de l'ovaire*, tordu ou non, un *fibrome prævia*, qui compliquent la grossesse et provoquent des métrorragies, alors qu'il s'agit en réalité du kyste fœtal, comme dans cette observation :

OBSERVATION N° 36

In : Thèse René PALLIEZ, Lille 1927, n° 24, page 90.

LACOUTURE et MASSE

Grossesse abdominale, intervention, enfant vivant.

Primipare, 33 ans. En février 1934, les règles sont remplacées par des *pertes très légères* de sang rouillé, en mars également. En avril, douleurs violentes dans le bas-ventre, à gauche. Au milieu d'avril, expulsion d'un gros caillot ; douleurs violentes. En mai, pertes sanguinolentes. Pensant à une fausse-couchè, curettage, cessation des douleurs et des pertes. En juillet, violentes douleurs. En août l'examen ne donne rien d'objectif. En septembre, les règles étant toujours absentes et l'abdomen augmentant de volume, on pense à une nouvelle grossesse. En octobre, douleurs très violentes par crises, durant environ une demi-heure. Après examen, on conclut à un utérus gravidè de 4 mois situé à droite, et à gauche, tumeur volumineuse des dimensions d'une tête d'adulte. Diagnostic : *kyste de l'ovaire et grossesse*.

Laparotomie : loge formée par l'épiploon, le colon transverse et les anses grêles agglomérées. Décollement des anses, et ouverture de la loge ; *extraction d'un fœtus à terme* dont les cheveux et une partie du crâne sont adhérents au colon et au mésocolon transverse. Ces adhérences sont détruites peu à peu. Le placenta est dans la fosse iliaque droite adhérent au péritoine antérieur, au cœcum : il est extrait assez facilement. Tamponnement au Mikulicz. A aucun moment on n'a vu l'utérus, et l'opération ayant été assez longue, les anses intestinales ayant subi pas mal de malaxations, on n'a pas cru devoir le rechercher.

Enfant vivant, sexe féminin, 3 kgs 450 ; asymétrie faciale, saillante à droite et aplatie à gauche, région occipitale anormalement allongée.

Suites opératoires très simples.

On peut croire à un *hydramnios aigu*, avec *fibrome prævia* ou *kyste de l'ovaire tordu* :

OBSERVATION N° 37

Par MM. L. DEVRAIGNE, J. RAVINA et LEROY

In : *Bull. Soc. obt. et gyn.*, n° 1, janvier 1935 (abrégée).

Le 26 septembre 1934, entre à la Maternité de Lariboisière, Mme Marthè Que..., âgée de 37 ans. C'est une primigeste ayant eu ses dernières règles du 6 au 9 mars 1934.

Le début de la gestation fut à peu près normal, à part quelques douleurs abdominales obligeant la femme à se reposer souvent: aucune métrorragie.

Le 1^{er} septembre, elle accuse des douleurs abdominales plus violentes qui la forcent à s'aliter. En même temps, elle remarque en quelques jours, une augmentation rapide du volume de l'abdomen qui devient tendu et très sensible. Elle ne sent plus remuer depuis le 8 septembre et cependant, n'accuse aucune montée laiteuse. Les douleurs deviennent rapidement presque continuelles: l'abdomen tendu est surtout douloureux à l'épigastre et vers les lombes. Par contre, pas de trouble digestif, pas de signe d'obstruction.

La femme entre à Lariboisière le 26 septembre, envoyée par son médecin qui vient de constater une *petite métrorragie* de sang rouge. Au premier examen elle paraît pâle et fatiguée, et attire surtout l'attention sur son « gros ventre » qui l'empêche de respirer, de dormir et de s'alimenter.

Au palper, on sent une *masse médiane* que l'on prend pour l'utérus, et dont le fond est à 4 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. On a l'impression d'un utérus distendu, plus dur par moments, mat à la percussion et donnant nettement une sensation de flot. On ne perçoit pas de mouvement fœtal, ni de bruits du cœur fœtal, mais latéralement en bas et à droite, on entend un souffle isochrone au pouls maternel. La température est de 36°8, le pouls bat à 80, la pression au Vaquez est 14/7. Il n'y a pas d'albuminurie.

Au toucher le col est perméable, légèrement dévié à droite, par une *masse dure*, sensible, occupant le Douglas et le cul-de-sac gauche, peu volumineuse, que l'on prend pour un *petit fibrome*. La tension de la masse abdominale empêche d'y sentir tout ballottement abdomino-vaginal. On pense alors à un *hydramnios aigu*.

Le 30 septembre, la femme accusant une crise douloureuse plus forte, on lui fait un centigramme de morphine.

Le 1^{er} octobre, M. LEROY, interne du service, est appelé à 15 heures auprès de la malade qui présente une nouvelle crise douloureuse intense, avec pâleur marquée des téguments et tendances syncopales. Elle est froide, son pouls faible bat à 120. La tension abdominale est plus prononcée et plus douloureuse. Au toucher, il trouve le col plus dévié à droite par la masse pelvienne, plus dure, plus sensible et qui semble avoir augmenté de volume, tout en se continuant avec le col, sans sillon net de séparation. M. LEROY téléphoné à M. RAVINA et lui dit : « Je ne serais pas en présence d'une grossesse utérine aussi avancée, je penserais à une inondation péritonéale par rupture de grossesse tubaire.

M. RAVINA vient aussitôt à Lariboisière, et, pensant à une *grossesse avec kyste de l'ovaire tordu*, décide une laparotomie. Mais sur la table d'opération, constatant que la tumeur abdominale se contracte sous ses doigts, puis se relâche, pour se contracter à nouveau, et découvrant les bruits du cœur fœtal au niveau de cette tumeur, il fait conduire la femme à la radiographie. Le cliché montre un fœtus transversal, assez élevé, dévié vers la droite ; ce fœtus semble bien conformé, sans chevauchement des os du crâne.

Pendant ce temps, la malade s'est colorée, elle se sent mieux, est réchauffée. M. RAVINA prescrit 1 centigramme de morphine et décide de temporiser.

Le lendemain matin M. DEVRAIGNE voit la malade, pour laquelle on lui a parlé d'*hydramnios aigu*. Elle est nettement mieux ; la palpation est possible et confirme la *présentation transversale* d'un enfant normal, que révèle la *radiographie*, ce qui rend peu probable le diagnostic d'*hydramnios aigu* ; la petite masse pelvienne gauche n'est pas douloureuse, elle est interprétée de nouveau comme un *fibrome prævia*. M. DEVRAIGNE conseille l'expectative.

Le 3 octobre, dans la nuit, nouvelle crise douloureuse abdominale pour laquelle on refait de la morphine ; le matin la femme est pâle, mais son pouls est à 80. Elle paraît fatiguée, épuisée par ses crises douloureuses et ses insomnies, et réclame elle-même une intervention pour en

finir. N'entendant plus les bruits du cœur, M. DEVRAIGNE conseille la pose d'un faisceau de lamineires que met M. FRANCEl interne du service.

Le 4 octobre, la situation étant inchangée, M. LEROY met un petit ballon de Boissard, difficilement à cause de la déviation du col. Le soir, le ballon crevé est expulsé, mais les bruits du cœur fœtal étant nettement perçus de nouveau, M. LEROY s'abstient de poser un second ballon.

Le 5 octobre, on trouve de nouveau la masse pœlviennè douloureuse, plus volumineuse ; la femme fatiguée a souffert la nuit ; on décide l'intervention pour le lendemain.

Le 6 octobre, M. DEVRAIGNE, assisté par M. LEROY, la femme étant anèsthésiée à l'éther, fait une laparotomie. Il rencontre tout de suite une masse énorme, recouverte par l'épiploon épaissi et très vascularisé, n'offrant en rien lès caractères d'un utérus gràvide. Tout le pourtour étant copieusement garni de champs, on dilacère prudemment pour s'ouvrir un passage, l'épiploon à l'aide de ligatures et de résections. Un flot de liquide amniotique s'écoule ; on saisit un pied qui permet l'extraction d'un garçon vivant, bien conformé, situé transversalement ; il pèse 1.500 gr., fait quelques inspiration et meurt au bout de 10 minutes. On trouve une vaste poche dont la paroi est limitée par des anses grèles et le sigmoïde ; à sa partie postéro-inférieure gauche adhère le placenta qu'on extrait assez facilement ; au-dessous de lui, refoulé à droite, on trouve l'utérus augmenté de volume et, en bas et à gauche, une massè de caillots durs qui avaient joué le fibrome prœevia ou le kyste de l'ovaire tordu. Ils pesaient en effet 330 grammes, alors que le placenta pesait 340 grammes. Il est impossible de reconnaître la trompe et l'ovaire gauches, alors que lès annexes du côté droit ne présentent rien d'anormal.

On peut encore penser qu'il s'agit d'une grossesse dans un *utérus didelphe*, gràvide d'un seul côté.

2° *Le diagnostic de grossesse a été fait, mais le fœtus a succombé* depuis un temps plus ou moins long, et on ne sait s'il a été expulsé ; ou bien le

diagnostic n'a jamais été fait lorsque la malade vient consulter pour une complication.

Les causes d'erreur sont encore plus fréquentes, et le médecin reste bien souvent perplexe devant les caractères que présente la tumeur, et les symptômes qu'elle provoque.

Les signes classiques de *crépitation osseuse* peuvent n'être pas perçus, la radiographie peut ne pas être démonstrative, lorsque les os sont à peine calcifiés ou que la femme est très grasse.

On croit parfois à une grossesse extra-utérine, alors qu'il s'agit d'une autre affection, par exemple une *infiltration cancéreuse de l'intestin* :

OBSERVATION N° 38

In : Thèse René PALLIEZ, Lille 1927.

Observations 392, Bue V (*Nord. Méd.*, 13 avril 1903)

Femme de 35 ans, n'ayant jamais présenté de symptômes morbides, toujours bien réglée, s'aperçoit que les *règles manquent*, quelques phénomènes sympathiques de grossesse se montrent, le ventre grossit, la malade se croit enceinte.

Le terme normal dépassé, inquiète de ne pas accoucher, elle fait appeler un médecin qui pense à une *grossesse extra-utérine* avec enfant mort.

Ce diagnostic est basé sur les symptômes suivants que le docteur GAULARD et moi pûmes constater : abdomen volumineux, *sensation de nodosités* prises pour des parties fœtales assez superficielles, très mobiles dans la cavité abdominale ; utérus facilement délimitable, non gravide.

Laparotomie : écoulement d'une certaine quantité de liquide ascitique et la main, introduite pour chercher le fœtus, reconnut les nodosités perçues au palper, mais n'appartenant pas à un organisme fœtal. Il s'agissait d'une *infiltration cancéreuse de l'intestin* et de *l'estomac* chez une femme ayant toutes les apparences de la santé.

Mais surtout, on pense à une autre affection, alors qu'il s'agit de grossesse tubaire. Ce sont les *fibromes* et les *kystes de l'ovaire*, avec ou sans torsion, qui sont encore ici le plus souvent incriminés.

En voici 3 exemples :

OBSERVATION N° 39

Par MM. AUDEBERT, E. ETIENNY et RIBAT.

In : *Bull. Soc. obst. gyn.*, n° 2, février 1933, page 260

Une femme âgée de 26 ans, a eu un accouchement à peu près normal (application simple de forceps pour gros enfant), il y a 10 ans. Cet enfant est en parfaite santé. Toujours bien réglée, présentant dans l'intervalle des règles des pertes blanches auxquelles elle n'a jamais prêté grande attention, elle est tombée enceinte après les règles de janvier 1932, du 22 au 26. C'est vers fin février qu'elle ressent les petits troubles gravidiques : vomissements, gonflement des seins, tandis que ses règles manquent. A la fin de mars, la grossesse étant d'environ deux mois, hémorragie génitale assez forte, après quelques douleurs dans la fosse iliaque droite. Un chirurgien, le Docteur LUC, appelé auprès d'elle, confirme la grossesse, et pensant à des menaces d'avortement, fait entrer la malade à l'Hôtel-Dieu, dans le service du Professeur MÉRIEL, où elle séjourne quinze jours au repos complet avec la glace sur le ventre et des lavements laudanisés renouvelés. Cependant, les pertes sanguines ne disparaissent pas complètement, et tous les jours la malade perd un peu de sang rouge, lorsqu'elle quitte l'Hôtel-Dieu pour se reposer chez elle.

En avril, à son domicile, le médecin habituel de cette malade, le Docteur FABRE, la rëvoit plusieurs fois. L'utérus se développe bien, mais il y a toujours de petites pertes, et de temps à autrè des *crises douloureuses* nécessitant des lavements laudanisés. Dans ces conditions, le Docteur FABRE pense à unè salpingite droite surajoutée à la grossesse et adresse sa malade au Docteur ESTIENNY, qui a ainsi l'occasion de l'examiner pour la première fois au début de mai. Il s'agit manifestement d'une grossesse d'un

peu plus de trois mois. H. U. 15 cm. Au toucher absolument rien dans les culs-de-sac latéraux qui sont souples et dépressibles ; de même le Douglas est libre et complètement indolore. La tumeur abdominale a exactement la situation, la forme, la régularité et même la consistance d'un utérus gravide de trois mois. Nous rassurons cette malade, et lui conseillons le repos complet ; elle doit être revue dans un mois. Mais par suite de circonstances particulières, elle ne se représente à notre consultation qu'à la fin juin. Elle a perdu irrégulièrement jusqu'à ce moment, mais dès lors, les pertes vont disparaître. Elle n'a pas senti remuer ; son ventre n'a pas augmenté de volume. A l'examen, en effet, nous notons une H. U. de 13 cm., donc en diminution de 2 cm. L'utérus (ou du moins ce que nous prenions pour l'utérus) était dur, régulier, les culs-de-sac toujours libres. Les petites douleurs abdominales ont disparu. En examinant les seins, nous faisons sourdre du lait. Le diagnostic de mort du fœtus in utero nous paraît le seul admissible, et la date de la mort (probablement fin mai) nous faisant suspecter une longue rétention, nous conseillons à la malade d'entrer à la Clinique d'accouchements, où nous désirons avoir l'avis de notre maître, M. le Professeur AUDEBERT, et où éventuellement une intervention sera pratiquée.

Ce n'est pas avant la fin juillet que cette femme, qui, avec la cessation des douleurs et des pertes de sang, avait à peu près repris sa vie normale, se décida à se faire hospitaliser. M. le Professeur AUDEBERT en l'examinant à plusieurs reprises, fut frappé par la dureté de cette masse sus-pubienne, dans laquelle il reconnut quelques parties de consistance irrégulière, et il porta le diagnostic de *fibromatose avec rétention d'un œuf mort*. Il fut décidé d'explorer la cavité utérine après dilatation aux lamineaires. Celle-ci fut trouvée agrandie, mais absolument vide de tout débris ovulaire. Force fut donc de considérer que le volume de l'utérus encore assez considérable (H. U. = 12 cm.) était imputable aux noyaux fibromateux et non à la grossesse surajoutée, dont l'interruption remontait déjà loin ; ce qui pouvait s'accorder avec un avortement méconnu, ou la résorption complète d'un œuf jeune. M. le Professeur AUDEBERT nous conseilla de pratiquer l'hystérectomie, et c'est avec le diagnostic ferme de fibrome utérin, ayant dû aban-

donner toute idée de rétention de fœtus mort, que nous sommes intervenus le 16 août 1932 sous rachianesthésie.

La laparotomie devait nous réserver une nouvelle surprise, mais n'a pu nous permettre de poser encore le bon diagnostic ; ce dernier ne fut porté qu'à l'examen détaillé de la pièce opératoire, une fois le ventre refermé.

À l'intervention, en effet, après avoir libéré des adhérences épiploïques, nous découvrîmes une masse médiane, de consistance dure, mais non solide, ligneuse, mais rénitente, à la surface antérieure de laquelle, comme enchâssé en elle, nous finîmes, après bien des difficultés, par repérer l'utérus ; il était de petit volume et paraissait sain. Dès lors, il nous apparut qu'il s'agissait d'un *kyste du ligament large*, faisant bloc avec l'utérus. Nous l'attaquâmes de bas en haut après section première de la trompe au raz de la corne utérine.

L'intervention fut rendue pénible par des adhérences au rectum et surtout à l'uretère droit. Ce dernier se trouvait déporté en arrière et en dedans de la tumeur, et il s'en fallut de peu qu'il ne soit intéressé dans la dissection. Péritonisation partielle et méchage. L'utérus et l'ovaire gauche en excellent état furent conservés. Les suites opératoires furent simples.

Dès l'intervention terminée, en examinant de près ce soi-disant kyste, on s'aperçut que d'une extrémité de la tumeur, émergeait une tête fœtale aplatie : il s'agissait d'un *fœtus momifié de trois mois et demi* environ. Le kyste fœtal n'était pas rompu dans l'abdomen, ce qui explique qu'il n'y avait ni sang ni caillots dans la cavité péritonéale. C'est au cours de la dissection qu'une petite brèche a été faite à la paroi, par laquelle l'extrémité céphalique a fait hernie.

OBSERVATION N° 40

In : Thèse René PALLIEZ, Lille 1927, n° 16, pages 138, 139.

TUFFIER. — Grossesse extra-utérine. Lithopédion siégeant sur le kyste placé à la face antérieure de l'utérus et saillant sans intermédiaire dans la cavité péritonéale. Extraction du fœtus du kyste, guérison. (*Bull et Men. Soc. de Chir. Paris, 1891., XVII, 364*).

Trente-quatre ans. Une grossesse antérieure. Le 15 octo-

bre 1889, la menstruation fait défaut pendant un mois ; quinze jours après, perte de quelques gouttes de sang, *douleurs sourdes dans l'abdomen*, de temps en temps, accès de douleurs très aiguës avec tendance syncopale. Le 26 janvier 1890, nouvelle *hémorragie avec quelques caillots*. Les douleurs sont si intenses què la malade entre à l'hôpital. Le ventre est un peu gros, mais rien n'y révèle une tumeur.

Examen : Tuméfaction du volume d'un poing d'adulte siégeant dans l'hypogastre et remontant sur la ligne médiane à 4 travers de doigt au-dessus du pubis. Le toucher vaginal permet d'apprécier l'épaisseur de la tuméfaction, son siège à la face antérieure de l'utérus, et sa fusion absolue avec l'utérus qui est en rétrofléxion. On fait, avec quelques réserves, le diagnostic de *fibrome utérin*.

Laparotomie le 13 mars 1890. Les doigts introduits dans l'abdomen, rencontrent la tumeur qui est lisse, et à la surface de laquelle est une masse dure, pierreuse, irrégulière. C'est un *fœtus calcifié*, collé par son ventre sur la face antérieure de la tumeur. La tumeur qui accompagne le fœtus est adhérente à la face antérieure de l'utérus, à l'intestin et au ligament large. Toutes ces adhérences sont facilement détachées et la tumeur est enlevée en totalité. Les annexes ne présentent aucune lésion apparente. Suture de la plaie. Guérison parfaite.

Le fœtus mesure cinq centimètres du sommet de la tête à l'extrémité du membre inférieur droit demi fléchi. On peut résumer ainsi l'examen de la pièce : Tumeur formée d'une coque partout continue, sans trace de pédicule, renfermant une masse volumineuse, spongieuse, ayant l'apparence d'un placenta, adhérente par une portion de sa périphérie à la paroi kystique, libre dans une autre portion, recouverte d'une couche de fibrine stratifiée, qui est sans doute la trace d'une hémorragie intra-kystique. Fœtus réduit à l'état de squelette, Sorti du kyste, mais resté adhérent à sa face extérieure, sans qu'on puisse trouver la trace de l'orifice de sortiè.

OBSERVATION N° 41 (résumée)

Clinique obstétricale n° 364

Aïcha bent M..., 25 ans, entre salle Dubois le 17 mars 1932 évacuée de l'hôpital Parnet, pour tumeur abdominale douloureuse.

Ses dernières règles normales datent d'avril 1932. Elle aurait présenté peu après, des phénomènes sympathiques semblables à ceux de sa première grossesse, avec en plus des douleurs pelviennes assez violentes. Vers le mois de septembre, elle aurait perçu des mouvements actifs, et aurait eu plusieurs montées lactées.

En décembre 1932, terme de sa grossesse supposée, elle a, pendant 10 jours, des pertes séro-sanguinolentes, puis les mouvements actifs ne sont plus perçus. En janvier 1933 elle présente des pertes sanguines peu abondantes ; actuellement, elle se plaint de violentes douleurs pelviennes et lombaires.

A l'examen :

L'abdomen est fortement augmenté de volume. On sent une tumeur centrale, tendue, rénitente, mate, remontant jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Elle est fixée au plan postérieur, très peu mobile.

Le col est situé sous la symphyse, légèrement ramolli. La tumeur emplit les culs-de-sac, sa mobilisation entraîne le col.

Réactions biologiques :

La réaction de Brouha est impossible à cause de la toxicité des urines.

L'examen hématologique montre 15.800 globules blancs avec 80 % de polynucléaires.

En raison des renseignements très vagues donnés par la malade et des symptômes présentés, on pense à un syndrome de torsion kystique.

Intervention le 30 mars 1933.

La tumeur est entièrement adhérente à l'intestin : S iliaque à gauche, grêle en arrière, à l'épiploon en haut.

En bas on trouve la trompe droite très hypertrophiée, cachant un ovaire étalé et aplati par la tumeur.

En recherchant un plan de clivage, la paroi de la tumeur cède au voisinage de l'S iliaque et donne issue à un liquide d'odeur fade, dans lequel l'examen extemporané révèle la présence de colibacilles et de diplocoques à gram négatif.

On décide alors de marsupialiser la poche devant l'impossibilité d'extirper la tumeur trop adhérente. Pour ce faire, on en agrandit l'ouverture. On sent alors dans la poche, une tumeur dure, arrondie, calcifiée, qui présente les caractères d'une tête fœtale dont les os chevauchent. L'expression permet d'extraire un fœtus de 6 à 7 mois macéré, en voie de momification.

Le placenta très aminci est décollé par placards arrondis. Marsupialisation. Mickulicz.

Décès le 18 avril.

Lorsque la tumeur présente un siège anormal, elle peut être prise pour une *tumeur de l'intestin* ou de l'*épiploon* : kyste hydatique, métastase d'un cancer organique, gros ganglions ; pour un *abcès appendiculaire*. Lorsqu'elle va se loger sous le foie, c'est à une *hydronéphrose* ou à un *hydrocholécyste* qu'elle fait penser, témoin l'observation suivante :

OBSERVATION N° 42

In : Thèse René PALLIEZ, Lille 1927 n° 17, page 149.

TUFFIER. — Grossesse extra-utérine abdominale sous-hépatique. Laparotomie abdominale. Extraction d'un fœtus. Guérison. (In Thèse RALLI).

32 ans, une grossesse antérieure, deux grossesses en 1895. Vers le troisième mois de cette grossesse, douleurs dans l'hypocondre droit, *vomissements*, embarras gastrique, *teinte sub-ictérique*. Bientôt apparition d'une tuméfaction diffuse dans l'hypocondre droit. Cet état douloureux persista jusqu'à la fin de la grossesse. En avril 1896, elle accoucha à terme d'un enfant vivant et bien portant. Huit jours après son accouchement, on constate dans la région de la *vésicule biliaire* une *tumeur* du volume d'une

tête d'adulte. Sa consistance est ferme, rénitente et peut-être fluctuante. L'utérus est mobile, un peu volumineux. Les culs-de-sac sont libres et on place nettement le bord cubital de la main entrè son fond et la tumeur. Le diagnostic est hésitant et flotte entre *hydronéphrose* ou *hydro-pisie de la vésicule*.

Opération le 15 juin 1896. Laparotomie sur le bord externe du grand droit. On trouve une poche kystique, d'où s'écoule un flot de liquide noirâtre. On en extrait facilement un corps de fœtus macéré, d'environ cinq mois. Le placenta est laissé en placê. La plaie abdominale est rétrécie par quelques points de suture.

Suites opératoires excellentes, élimination du placenta à partir du douzième jour.

Cette observation est intéressante par les particularités suivantes :

1° Grossesse ectopique coexistant avec une grossesse utérine, cette dernière évoluant normalement jusqu'à terme;

2° Kyste fœtal n'ayant aucun rapport avec l'excavation pelvienne et siégeant dans l'hypocondre droit.

Si le kyste s'infecte, nous avons vu qu'il peut provoquer une péritonite généralisée ou localisée, et s'ouvrir dans une cavité naturelle, causant des erreurs nombreuses. Si l'infection est sub-aiguë, il peut simuler une *péritonite tuberculeuse avec gâteaux*.

OBSERVATION N° 43

In : Thèse René PALLIEZ, Lille 1927, n° 338, page 211.

CHAPUT et MARCHAK. — Grossesse tubaire à terme avec conservation de l'enfant pendant 3 ans, dans le ventre de la malade. (*Bull. et Mém. Soc. anat. de Paris*, 1913, LXXX, p. 376.

Trent-sept ans, entre à l'hôpital pour *tumeur abdominale*. Il y a quatre ans, elle n'a pas vu ses règles pendant 10 ou 11 mois; elle n'accoucha pas au bout de 9 mois. Depuis les menstruations sont régulières. Douleurs depuis 6 ou 7 mois. Depuis 2 mois, malaises, frissons, diarrhée.

Examen : ventre globuleux, tumeur avec une base supérieure convexe en haut. On peut penser à un *kyste de l'ovaire*, mais au toucher cette hypothèse ne se confirme qu'en partie. La tumeur était immobile, adhérente et sa consistance n'était pas celle d'un kyste de l'ovaire.

On ne pouvait penser à un fibrome ou à une tumeur maligne, vu l'absence des pertes. Comme il existait de la fièvre, et que l'on avait l'impression de sentir quelques masses irrégulières, rappelant les *gâteaux péritonéaux de la tuberculose*, on penche plutôt vers une tuberculose péritonéale à *point de départ génital*.

Opération : Pus dans le péritoine. On plonge la main dans une grande poche et on retire des *os de fœtus*. On retire l'enfant entier, presque à terme. On vide la poche. Drainage, fermeture partielle.

Guérison le quarante-cinquième jour.

Comme nous le voyons, la plupart de ces erreurs sont anciennes, et il est peu probable que nous en commettions de semblables aujourd'hui. Il suffit bien souvent de penser à la grossesse extra-utérine et d'en rechercher les signes, pour rattacher à leur véritable cause tous les symptômes présentés par la malade. La *radiographie*, lorsqu'on pense à y recourir, fait souvent faire le diagnostic à cette période de l'évolution de la grossesse extra-utérine.

Cependant, le clinicien se trouve chaque jour en présence de cas fort embarrassants, dans lesquels il existe des contradictions inexplicables entre les signes physiques et les signes fonctionnels. D'autres fois, l'interrogatoire et les commémoratifs ne cadrent plus avec l'ensemble des signes observés. Aussi, le diagnostic n'est-il fait, bien souvent, qu'à l'ouverture du péritoine... ou même après sa fermeture, à l'examen de la pièce, comme dans l'observation n° 39.

CHAPITRE VI

Comment éviter les erreurs de diagnostic

Nous avons vu, chemin faisant, les nombreuses causes d'erreurs de diagnostic que l'on peut rencontrer aux différentes périodes évolutives de la grossesse extra-utérine. Nous avons montré que dans bien des cas, l'examen clinique seul ne suffit pas à faire poser un diagnostic précis.

Mais, il est des diagnostics que l'on peut faire, et que l'on doit faire, à condition :

1° De penser souvent à la grossesse extra-utérine ;

2° D'en rechercher systématiquement tous les signes, sans en oublier aucun, en ayant toujours présentes à l'esprit les *trois triades* de symptômes de la grossesse ectopique.

L'interrogatoire minutieux et prolongé est un des éléments essentiels du diagnostic.

L'examen clinique minutieux, prolongé, répété, permettra souvent de percevoir des signes qui auraient pu passer inaperçus à un examen unique, comme, par exemple, les *variations de consistance* et de *volume* de la tumeur, la *persistance des douleurs* malgré le repos, la glace, la vaccinothérapie.

Si après cet examen, on a l'esprit attiré vers la grossesse ectopique, il faudra reprendre l'interrogatoire dans ce sens.

Il ne faut pas se fier à l'âge de la malade ; Mondor cite un cas de A. Martin fort instructif, montrant qu'il faut y penser déjà lorsque la petite malade vient de commencer son cycle menstruel :

« Une jeune fille de quatorze ans a été prise, la veille, d'une douleur abdominale aiguë, siégeant en bas, à gauche et à droite de la ligne médiane. Le médecin conseille la glace et l'huile camphrée. Le lendemain, lorsque A. Martin voit l'enfant, elle a 37°6, mais un faciès décoloré, un ventre ballonné, non contracturé, douloureux à la hauteur de la fosse iliaque gauche ; un pouls bien frappé. Le *toucher rectal* permet de reconnaître une tuméfaction douloureuse du Douglas. On opère : il s'agit d'une *grossesse extra-utérine gauche rompue*. Il n'y avait eu comme irrégularité menstruelle que l'*abréviation* de la durée des *dernières règles*. »

Nous savons que la rétention de fœtus mort peut rester pendant de longues années silencieuse. Il faudra y penser encore chez les femmes après la ménopause. Il faudra laisser les veuves s'indigner et ne pas se fier aux protestations des « vierges ».

Les *antécédents* sont aussi fort utiles à faire préciser :

La *parité* semble influencer sur la fréquence des grossesses extra-utérines. Mais si la grossesse ectopique est plus fréquente chez les multipares, les erreurs se font plus volontiers chez les primipares, qui ne savent pas rapporter leurs malaises à un état de grossesse, dont les symptômes de début sont d'ailleurs atténués.

Les *infections utéro-annexielles* seront soigneusement recherchées.

Les *opérations sur les organes génitaux* semblent favoriser la production de grossesse ectopique. Barret, dans sa thèse, donne des observations de récidives de grossesses ectopiques, sur le moignon d'une trompe antérieurement réséquée.

Il est des femmes qui, à chaque grossesse, sont soupçonnées de présenter une grossesse ectopique, par suite de *malformation de leur utérus*.

1° *A la période de début* : le nombre des erreurs de diagnostic est très grand, comme nous l'avons vu, mais les causes d'erreurs sont assez limitées, si l'on pense à la grossesse extra-utérine. On a le temps de pratiquer des examens répétés, et de faire les recherches biologiques.

Le diagnostic clinique est souvent impossible à cette période ; c'est une question de flair clinique, de nuances, que seul un gynécologue averti peut percevoir. Aussi ne faut-il pas hésiter, dans les cas douteux, à adresser sa malade au spécialiste.

Ce sont surtout les *kystes ovariens* et les *grossesses utérines anormales* qui prêtent à confusion.

Le signe du *changement de consistance* sous l'influence de la post-hypophyse, permettra souvent de reconnaître les grossesses utérines anormales.

Comment peut-on différencier la grossesse ectopique des kystes ovariens ?

Actuellement, les méthodes biologiques sont à l'étude. Elles ont déjà donné de beaux résultats et l'on peut espérer qu'elles atteindront, dans l'avenir, un tel degré de perfection que la plupart des erreurs de diagnostic seront évitées.

La réaction d'*Ascheim-Zondeck*, la réaction de *Brouha*, la recherche du *prolan B* dans les urines, permettront dans presque tous les cas de distinguer les kystes de l'ovaire d'une grossesse ectopique, dont ils donnent tous les signes cliniques.

L'*interférométrie* suivant la méthode de *Hirsch*, qui est encore à la période de tâtonnements, a donné déjà des résultats si encourageants que l'on peut espérer, dans un avenir plus ou moins éloigné, pouvoir faire le séro-diagnostic de la grossesse tubaire. Elle permettra de la distinguer des différentes grossesses utérines : normale, angulaire, siégeant dans un utérus en mauvaise position, ou malformé.

Mais ces méthodes biologiques, il faut bien le savoir, ont leurs limites.

La grossesse interstitielle sera-t-elle distinguée par l'*interférométrie* de la grossesse angulaire ? Si l'œuf est déjà mort lorsque l'on pratique les réactions biologiques, elles restent négatives, et peuvent induire en erreur.

Aussi, dans la grossesse extra-utérine, comme dans toutes les affections médicales, chirurgicales et obstétricales, lorsqu'il y a désaccord entre la clinique et le laboratoire, c'est la clinique qu'il faut croire.

2° *A la 2 période.* — Les erreurs sont nombreuses aussi ; elles sont graves au point de vue fonctionnel, car les complications redoutables peuvent à tout instant se produire.

Ce sont encore ici les méthodes biologiques qui donneront souvent la clef du diagnostic.

Si le doute subsiste avec une salpingite, c'est la courbe thermique, la formule leucocytaire, la nu-

mération globulaire, qui seront utiles à consulter et à rechercher.

Le *curettage explorateur*, précédé d'hystérométrie a été proposé comme moyen de diagnostic lorsque l'on soupçonne un avortement : on examine ensuite les débris au microscope, et c'est l'anatomo-pathologiste qui fait le diagnostic entre fausse caduque utérine et débris placentaires ou ovulaires. Mais cette méthode peut être inefficace, si tous les recoins de l'utérus ne sont pas explorés par la curette : elle peut passer à côté de la cicatrice laissée par l'expulsion de l'œuf.

L'anatomo-pathologiste peut avoir laissé de côté les seuls débris, parfois infimes, qui auraient pu lui faire faire le diagnostic ; la fausse caduque ressemble bien souvent à la vraie au début.

Elle a surtout ses dangers qui réduisent fortement ses indications. S'il s'agit de grossesse ectopique en imminence de rupture, le curettage explorateur risque de la rompre et de provoquer une hémorragie cataclysmique immédiate, ou dans les jours qui suivent. La réponse de l'anatomo-pathologiste arrive après la laparotomie ou la mort de la malade.

S'il s'agit d'une grossesse angulaire qui simule un avortement, le curettage explorateur sera tout aussi criminel.

3 *A la période de l'hématocèle enkystée.* — Les causes d'erreurs graves sont limitées, comme nous l'avons vu, et c'est vers ces cas bien précis, qu'il faudra porter toute son attention, avant de pratiquer la laparotomie. Ce sont surtout le *pyosalpinx*, la *pelvi-péritonite gonococcique* et les affections médicales simulées par la douleur élevée.

Ici encore, les examens hématologiques, la courbe de température, aideront à faire le diagnostic.

Le signe de Nard servira-t-il ? Mondor estime que la constatation à jour frisant d'une voussure abdominale sus-pubienne, persistant après le repos et la vessie de glace, est un excellent signe pouvant différencier une hématocele d'une tumeur inflammatoire d'origine annexielle. Il faudra toujours le rechercher.

Mais il est un examen complémentaire dont il ne faut jamais se priver dans les cas douteux :

C'est la ponction du Douglas. Elle est inoffensive et donne bien souvent la clef du diagnostic. Elle sera complétée par une colpotomie, si elle ramène du sang noirâtre, ou rouge en abondance.

Dans des cas rares, il est vrai, elle peut être blanche, lorsque l'hématome est ancien. Elle peut encore induire en erreur si l'on ponctionne un kyste hématique.

4° *A la période d'hémorragie cataclysmique.* — Le diagnostic est fait beaucoup plus souvent. Ce qui importe surtout au chirurgien, c'est de savoir s'il y a corrélation entre les symptômes de choc hémorragique observés et l'abondance de l'hémorragie : Doit-il opérer d'urgence à cause du choc hémorragique, ou peut-il opérer, malgré le choc péritonéal ?

Nous avons vu que la présence, le siège, et l'intensité de la *douleur tardive, élevée* ne nous donnent aucun renseignement précis à ce sujet.

Le *pouls* est parfois paradoxal : très rapide et très petit pour une hémorragie minime, il peut être normal pour une hémorragie très abondante. Il ne devient alors fréquent qu'après l'intervention.

L'étude de la *tension artérielle* n'a pas donné à Barret de résultats bien probants. Il y a toujours une chute brutale au moment de l'accident, mais elle est suivie d'un relèvement rapide.

La *numération globulaire*, faite à intervalles rapprochés donne des renseignements beaucoup plus intéressants, mais encore faut-il avoir le temps de les pratiquer.

Le *cri du Douglas* est plus fréquent lorsque l'inondation est abondante, que si la quantité de sang épanché est minime, mais ce n'est pas constant, aussi, ce signe est insuffisamment instructif.

En somme, les deux chocs : *hémorragique* et *péritonéal*, se traduisent exactement par le même syndrome immédiat, et sont impossibles à distinguer dans le court laps de temps qui doit s'écouler entre leur constatation et l'intervention qu'ils commandent d'urgence.

La *ponction du Douglas* pourrait peut-être mettre sur la voie, suivant l'abondance plus ou moins grande de sang rouge qui s'écoule par le trocard. Mais la gravité des symptômes dispense généralement de recourir à ce petit moyen.

Si le *syndrome péritonéal* prédomine, il faut s'attacher à différencier la défense des muscles abdominaux, de la contracture vraie, qui n'existe jamais dans la rupture de grossesse tubaire.

5° *Dans la grossesse abdominale*. — C'est surtout la *radiographie* qui donne la clef du diagnostic, en employant parfois des artifices, comme l'insufflation còlique pour mieux voir, et le lavement baryté pour mieux délimiter la tumeur.

Comment réparer les erreurs de diagnostic

Certaines ne peuvent pas se réparer, comme l'ouverture d'un pyosalpinx virulent, d'une pelvi-péritonite gonococcique en flambée aiguë, les séances de radiothérapie faites sur une grossesse extra-utérine prise pour un fibrome. Ou bien, si on laisse mourir un enfant pendant le faux-travail en attendant la dilatation.

Mais il ne faut pas que la hantise des erreurs de diagnostic fasse retarder le moment de l'intervention. Il faut, par l'examen attentif et l'interrogatoire soigneux, mettre toutes les chances de son côté, de façon à diminuer le nombre des laparotomies inutiles ou nuisibles. Mais il faut toujours, dans les cas de doute, avoir recours à l'intervention : « *Dix laparotomies inutiles valent mieux qu'une mort par grossesse extra-utérine méconnue.* »

CONCLUSIONS

I. — La grossesse extra-utérine est une affection à symptomatologie très protéiforme, pouvant simuler ou être simulée par les nombreuses affections génitales, pelviennes, abdominales, générales que nous avons passées en revue.

II. — La grossesse extra-utérine est fréquemment la cause d'erreurs de diagnostic pour deux raisons :

1° « Lorsqu'on y pense souvent, on n'y pense pas encore assez » (Cadenat) ;

2° Sa symptomatologie est très floue au début. Elle ne présente guère de signes pathognomoniques. Son diagnostic est une question de flair clinique et de nuances que présentent un ensemble de symptômes.

III. — Les erreurs de diagnostic de la grossesse extra-utérine sont graves, car elle se termine presque toujours par une complication : hémato-cèle enkystée ou hémorragie cataclysmique, c'est donc à son début qu'il est intéressant de faire le diagnostic, de façon à les éviter.

IV. — La plupart des erreurs de diagnostic peuvent être évitées, à condition :

1° D'y penser toujours, lorsqu'au cours de sa vie génitale, une femme présente des symptômes qui semblent anormaux ;

2° D'en rechercher systématiquement tous les signes, dont l'ensemble constitue les trois triades de la grossesse extra-utérine :

La triade gravidique,

La triade des douleurs, et plus tard : la triade cataclysmique,

La triade des réservoirs pelviens ;

3° De pratiquer des examens complémentaires :

a) Epreuve du repos et de la glace.

b) Réactions biologiques : Ascheim - Zondeck, Brouha, Prolan B, numération et formule leucocytaires.

Peut-être bientôt : interférométrie.

c) Ponction du Douglas, après les complications.

d) Radiographies, dans la variété dite abdominale.

BIBLIOGRAPHIE

- AMREICH. — Diagnose und Therapie der extrauterin-gravidität in den ersten Monaten. *Wien. klin. Woch.*, n° 11, 1928.
- AUDEBERT, ESTIENNY et RIBAT. — *Bull. Soc. Obst. gyn.*, février 1933, n° 2.
- BARRET. — Quelques points cliniques et thérapeutiques de la grossesse extra-utérine. *Thèse*, Paris, 1927.
- BOIREAU. — Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement de la grossesse extra-utérine *Thèse* d'Alger, 1931.
- BRINDEAU, RIEHL, H. HINGLAIS et M. HINGLAIS. — *Bull. Soc. Obst. gyn. de Paris*, n° 1, janvier 1935.
- CABASTOU — Las dificultades del diagnostico en el embarazo extrauterino. *Semana Medica*, n° 46, 15 nov. 1928.
- CADENAT. — Les erreurs de diagnostic dans la grossesse extra-utérine. *L'Hôpital*, 6 octobre 1920, n° 32, p. 602.
- CALLOT (J.). — *Bull. Soc. Obst. Gyn. de Paris*, n° 8, octobre 1933.
- J. CHOSSON et V. DONNET. — Valeur de la réaction de Brouha dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine. *Bull. de la soc. de chir. de Marseille*, n° 6, juin 1933.
- CIANELA. — Valeur du diagnostic biologique de la grossesse extra-utérine rompue. *Schweiz. medizinische woch.*, n° 26, 1^{er} juillet 1933.
- COLLE J. et MONTAGNE DE LIEVIN. — *Bull. Soc. Obst. Gyn.*, juin 1933.
- COUNIOT et LARRIBÈRE. — Grossesse extra-utérine. Signe de LAFFONT. *Soc. méd. du département d'Oran*, séance du 16 janvier 1932.

- DAMBRIN. — *Bull. Soc. Obst. Gyn.*, n° 2, février 1934.
- DEVRAIGNE J., RAVINA et LEROY. — *Bull. Soc. Obst. Gyn.*, n° 1, janvier 1935.
- DUBOUCHER (H.). — *Bull. Soc. Obst. Gyn.*, n° 1, janv. 1935.
- DUFOUR (A.). — Les erreurs de diagnostic de la grossesse extra-utérine. *L'Hôpital*, octobre 1932.
- EZES (Henri). — Sur les douleurs périphérique élevées, dans certaines affections annexielles. *Thèse d'Alger*, 1931.
- FAYOT (G.). — Les méthodes de laboratoire dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine au début. *Montpellier Méd.*, 15 mars 1933, n° 3 T.
- FULCONIS et SCHEBAT. — *Bull. Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, n° 12, décembre 1934.
- GAUTHERON (René). — Les formes occlusives des grossesses extra-utérines. Paris 1934 (*Thèse*).
- GERNEZ. — Diagnostic de la grossesse extra-utérine. *Soc. de chir.*, 12 mars 1930.
- HIRSCH-HOFFMANN. — Valeur de la réaction de Ascheim-Zondeck en clinique de la grossesse extra-utérine. *Klinische Woch.*, XI, n° 43, 22 octobre 1932.
- IWANOFF. — Diagnosis of extrauterine Pregnancy. *Monatschr. f. Geburtshilfe und Gynakol.*, mai 1928.
- KAISER. — Difficulté du diagnostic de grossesse extra-utérine. *Medizinische Klin.*, n° 31, 29 juillet 1932.
- LACROT (Félix). — *Bull. Soc. Obst. gyn.*, juin 1933, n° 6.
- LAURENTIE. — Grossesse extra-utérine, erreur de diagnostic, le pseudo-placenta. *Bull. Soc. Obst. Gyn. de Paris*, 1926, XV, 402.
- LORENZETTI. — Contributo alla diagnostica ostetrico ginecologia Gravidanza extrauterina cisti ovarica. *La Clinica ostetrica*, n° 11, nov. 1927.

- LYONNET (R.). — Une grossesse extra-utérine peut se poursuivre après le cinquième mois. Son diagnostic, son traitement. *Journ. des accoucheuses*, février 1933, n° 2.
- MATERZANINI. — Gravidanza extra uterina serrimestre diagnostica comme gravidanza uterina complicata da cisti ovarica con ritenzione del feto morto. *La Clinica Obstetrica* anno, XXIX, fasc. 6, Giugno 1927, p. 326.
- MAYER (Maurice). — *L'Avenir Médical*.
- METZER. — A propos du diagnostic de la grossesse extra-utérine. *Soc. Obst. Gyn.*, mai 1921.
- MONDOR. — Diagnostics urgents.
- MOSSOR. — Le cytodagnostic du sang dans la grossesse extra-utérine. *Polska Gaceta lek.*, n° 4, 24 janv. 1932.
- NEUMANN. — Diagnostic différentiel de la grossesse extra-utérine. *Centralbl. fur Gyn.*, n° 4, 43, 25 oct. 1924.
- NICCOLO RIZZACASA. — Sulla diagnosi della gravidanza extrauterina. *Clinica Ostetrica*, fasc. 4, avril 1927.
- PALLIEZ (René). — Lille 1927. Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine dans sa variété dite abdominale.
- DE PERETTI DE LA ROCCA. — Diagnostic de la grossesse extra-utérine. *Journ. Méd. frac.*, n° 1, janvier 1931.
- SARROUY et H. DUBOUCHER. — *Bull. Soc. Obst. Gyn. Paris*.
- SHARMAN — Sur la valeur diagnostique de la colpotomie postérieure dans la grossesse extra-utérine. *Wiener Klinische woch.*, XLV, n° 28, juillet 1932 ; *Presse Méd.*, n° 70, 31 août 1932.
- SZTEHLO. — Erreurs de diagnostic dans la grossesse extra-utérine. *Munchener medizinische woch.*, n° 12, 18 mars 1932.
- SZTEHLO. — Le diagnostic et le traitement de la grossesse extra-utérine dans les dix dernières années. *Centralbl. fur. Gynak*, 6 décembre 1924, n° 49.

- TEN BERGE. — Des difficultés à établir un diagnostic de grossesse extra-utérine. *Nedert. Tijdschr. voor gynecunde*, n° 20, 20 mai 1933.
- TRILLAT et Mlle CELLIÈRE — *Bull. Soc. Obst. Gyn.*, oct. 1934, n° 8, observation 2.
- VERDEUIL et PAILLAS — *Bull. Soc. Obst. Gyn. de Paris*, n° 6, juin 1933.
- VIGNES (H.). — Diagnostic de la grossesse extra-utérine. *Presse Méd.*, n° 73, 13 septembre 1933).
- VILLAR (A.). — Os errar de diagnostico na prenhez extra-utêrina. *Semana Medica Agosto de 1929*.
- VINCENZO-MASSARI. — Errore diagnostico in un caso di gravidanza extrauterina senza amenorrea. *Clinica Ostetrica*, dicembre 1928, p. 900.
- VOZZA (Francesco). — Errore di diagnosi in tema di gravidanza extrauterina. *La Clinica Ostetrica Roma*, août 1930, page 498.

Vu : *Le Président de Thèse*,
LAFFONT.

Vu : *Le Doyen*,
LEBLANC.

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 15 mars 1935

Le Recteur,
G. HARDY.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	13
<i>Chapitre I</i>	
LES ERREURS DE DIAGNOSTIC AU DÉBUT DE LA GROSSESSE	
EXTRA-UTÉRINE	17
Symptômatologie	17
Les erreurs	29
<i>Chapitre II</i>	
LES ERREURS DE DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉ-	
RINE AU MOMENT DE L'HÉMORRAGIE INTRA-TUBAIRE.....	43
Symptômatologie	44
Les erreurs	50
<i>Chapitre III</i>	
LES ERREURS DE DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉ-	
RINE AU MOMENT DE L'HÉMATOCÈLE ENKYSTÉE, PARFOIS	
INFECTÉE	65
Syndrome anatomo-clinique	65
Symptômatologie	67
Les erreurs	71
<i>Chapitre IV</i>	
LES ERREURS DE DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉ-	
RINE AU MOMENT DE L'HÉMORRAGIE CATACLYSMIQUE AVEC	
INONDATION PÉRITONÉALE	87
Syndrome anatomo-clinique	87
Symptômatologie	89
Les erreurs	92
<i>Chapitre V</i>	
LES ERREURS DE DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉ-	
RINE DANS SA VARIÉTÉ DITE ABDOMINALE.....	111
Syndrome anatomo-clinique	111
Symptômatologie	113
Les erreurs	116
<i>Chapitre VI</i>	
COMMENT ÉVITER LES ERREURS DE DIAGNOSTIC.....	133
COMMENT RÉPARER LES ERREURS DE DIAGNOSTIC.....	140
CONCLUSIONS	141
BIBLIOGRAPHIE	143

